

Walter Hesbeen

Cadre de santé de proximité

Un métier au cœur
du soin

Préface de Michel Dupuis

*Penser une éthique
du quotidien des soins*



Cadre de santé de proximité
Un métier au cœur du soin
Penser une éthique du quotidien des soins

Du même auteur

Chez le même éditeur :

Travail de fin d'étude, travail d'humanité. Se révéler l'auteur de sa pensée, 2005.

La qualité du soin infirmier, 2^e édition, 2002.

Prendre soin à l'hôpital, 1997.

Chez d'autres éditeurs

La banalisation de l'humain dans le système de soins, sous la direction de M. Dupuis, R. Gueibe et W. Hesbeen, Éditions. Seli Arslan, Paris, 2011.

Des sciences sociales dans le champ de la santé et des soins infirmiers – À la rencontre des expériences de santé, du prendre-soin et des savoirs savants, sous la direction de N. Vonarx, L. Bujold et L. Hamelin-Brabant, Éditions des Presses de l'Université Laval, Québec, 2010.

Dire et écrire la pratique soignante du quotidien – Révéler la quête du sens du soin (dir), Éditions Seli Arslan, 2009.

La Réadaptation – Aider à créer de nouveaux chemins, Éditions Seli Arslan, Paris, 2001

Prendre soin dans le monde (dir.), Éditions Seli Arslan, Paris, 2000

Santé publique et soins infirmiers, Éditions Lamarre, Paris, 1996

La démarche de projet dans les établissements de santé, sous la direction de B. Honoré et G. Samson, Éditions Privat, Toulouse, 1994.

La Réadaptation, du concept au soin, Éditions Lamarre, Paris, 1994.

Les difficultés de recrutement des personnels infirmiers en France, Éditions de l'ENSP, Rennes, 1993.

Cadre de santé de proximité Un métier au cœur du soin

Penser une éthique du quotidien des soins

Walter Hesbeen

Préface de Michel Dupuis



**ELSEVIER
MASSON**



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photo-copillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2011, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés
ISBN : 978-2-294-71419-1

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex
www.elsevier-masson.fr

Pour Arlette

Remerciements

Si l'écriture d'un livre est, pour moi, une aventure solitaire, elle est, néanmoins, le fruit de nombreuses rencontres et d'échanges fréquents. Je pense en particulier à mes collègues du GEFERS¹, à ceux du Réseau européen PRAQSI² à mes étudiants et aux stagiaires auprès desquels je suis amené à intervenir. Mes remerciements vont à chacun d'entre eux.

Je voudrais souligner ici tout particulièrement les conseils amicaux et l'aide efficace de Seli Arslan, Michel Dupuis, Line et Bernard Honoré ainsi que la patience bienveillante de Benoît Dufrénoy. Qu'ils en soient chacun très chaleureusement remerciés.

1 GEFERS : Groupe francophone d'études et de formations en éthique de la relation de service et de soin.

2 PRAQSI : Réseau multinational de recherche et de réflexion à partir de la pratique quotidienne des soins infirmiers.

Préface

Il n'est plus vraiment utile aujourd'hui de présenter l'œuvre de Walter Hesbeen, infirmier, docteur en santé publique, professeur, conférencier, auteur de nombreux ouvrages et de nombreux articles consacrés au soin. Pèlerin infatigable de la cause du soin, de sa qualité et de son sens, ce penseur praticien-théoricien anime également l'association PRAQSI (Réseau multinational de recherche et de réflexion à partir de la pratique quotidienne des soins infirmiers). C'est ainsi qu'il parcourt depuis quelque vingt-cinq ans les routes de la Francophonie, nouvel espace pas seulement européen mais de différents continents, au-delà des frontières, des législations et des usages nationaux, à l'invitation de tant d'établissements de soins et d'instituts de formation. Nous sommes nombreux, professionnels de tous les métiers du soin, à avoir apprécié les colloques, journées d'étude, réunions scientifiques, séminaires en tous genres, organisés par W. Hesbeen et ses collègues.

Avec le présent ouvrage consacré à la fonction du cadre de santé de proximité, W. Hesbeen étudie une question centrale dans l'organisation des soins dans nos pays, et il déploie une analyse détaillée des conditions et des enjeux pour le bien-être de chacun des acteurs, patients, familles et professionnels. Le livre qu'on va lire développe ainsi une double ligne mélodique. A la fois, il traite systématiquement de l'identité du cadre et de ses rôles, en ciblant les questions et les problèmes, puis propose des éléments concrets de réponse et de solution, mais ce travail minutieux se fait sur le fond plus large de l'interrogation sur le sens humain du soin. C'est une véritable pensée philosophique, pas seulement éthique, du soin que le lecteur va découvrir.

Si comme je le pense, le soin est devenu pour nous aujourd'hui une catégorie authentiquement philosophique, cela ne signifie aucunement que le soin soit devenu une espèce d'abstraction éloignée des pratiques concrètes, ni surtout des souffrances et des douleurs vécues, des malaises organisationnels, des problèmes économiques, financiers, de sécurité auxquels se heurtent les gestionnaires. Que le soin devienne une catégorie philosophique témoigne au contraire d'une bienheureuse contamination de la pensée par la vie, c'est-à-dire la joie et la peine d'exister, la crainte de souffrir, et peut-être une certaine hantise de la mort. Penser la vie, c'est la possibilité de s'éveiller à elle, de la redécouvrir alors qu'elle reste le plus souvent le fond ininterrogé de notre existence quotidienne. Que cette vie soit fragile, que les vivants soient essentiellement vulnérables et ainsi confiés les uns aux autres, voilà qui justifie que le soin, attitude existentielle, soit davantage que les soins, gestes techniques.

Walter Hesbeen n'a aucun mal à montrer que le cadre de santé de proximité se trouve exactement « au cœur du soin », pour reprendre le sous-titre de l'ouvrage. Par sa fonction, son rôle, son vécu professionnel, le cadre se trouve plongé dans et contraint par un environnement organisationnel de plus en plus complexe, qu'il faut tâcher de saisir pour identifier les espaces de liberté où le cadre peut encore déployer sa créativité personnelle. Pour ce faire, on doit avoir une idée précise et résolue du *sens* de l'ensemble du système : une idée, pas seulement des faits, des organigrammes et des réglementations, mais une idée de la signification ! C'est pourquoi W. Hesbeen nous convie à faire le chemin ou le parcours : des conditions les plus générales et les plus fondamentales – en philosophie nous les nommons transcendantales car elles sont les poutres porteuses, les véritables conditions de possibilité de l'ensemble – jusqu'aux conditions contextuelles les plus quotidiennes. C'est ainsi que l'ouvrage entraîne le lecteur dans un mouvement de la pensée, en cercles concentriques plutôt que selon un schéma linéaire : il est parfaitement construit, en sorte que le sens du métier de cadre de santé de proximité apparaît dès le départ, s'enrichit à mesure que l'on avance, jusqu'à l'exposition systématique finale.

Les concepts clés de la démarche ont de quoi surprendre ceux qui s'attendraient à un recueil de bonnes et belles pensées, inspirées sans doute mais trop sentimentales pour être opératoires... W. Hesbeen fonde sa pensée critique du soin sur l'*ambition* des professionnels pour leur pratique, sur une *fierté* légitime, d'ailleurs entendue plus radicalement que dans le sens courant : la fierté comme « être dans la joie » pour ce que l'on fait. Définition toute spinoziste, dans une pensée du soin des vivants pour les vivants, sur fond de vie fragile plutôt que de mort inéluctable. Sur ce thème magnifique de la fierté, l'auteur m'accordera sans doute qu'à côté de sa compréhension à la manière de Spinoza, le philosophie de la vie, de l'effort d'exister et de la joie, on peut soutenir une autre compréhension un peu différente mais aussi stimulante, à la manière de Descartes. En effet, la fierté professionnelle que l'on éprouve pour ce que l'on est et ce que l'on fait correspond fort bien à ce que Descartes (à la même époque) nomme la « générosité », c'est-à-dire cette qualité humaine d'être d'un « genre », d'être membre de la grande famille de l'Humanité, d'en avoir donc les droits et les devoirs. La fierté d'être humain, c'est le sentiment de devoir être à la hauteur de son « genre », de sa famille, et se comporter par conséquent avec générosité. Fierté comme joie, fierté comme générosité – voilà sans doute une notion rare et qu'on croyait désuète, qui revient pour qualifier le bonheur d'être soignant. Associée à la « belle allure » évoquée par W. Hesbeen, la fierté ouvre à une véritable « esthétique » du soin, non pas comme art de faire joli, mais comme création et admiration de la beauté. Pour les Anciens, et peut-être pour nous encore, le beau est parent du vrai, du juste et du bon, et cela quel que soit le caractère dramatique des situations, du mal de la misère. Un beau soin est donc pensable au-delà des prouesses techniques...

C'est une affaire de visée, de direction, d'orientation. Kant posait la question à propos des penseurs des Lumières : qu'est-ce que s'orienter dans la pensée ? Eh bien, c'est effectivement la question, cette fois adressée au soin, que développe et à laquelle répond W. Hesbeen. Qu'est-ce que s'orienter dans le soin ? Quel est le sens de tout cela ? Pourquoi distinguer le soin des soins ? Ici, la question n'est plus seulement théorique, elle devient véritablement organisationnelle et concerne justement les acteurs de l'orientation, de la gestion, de la décision, de l'encadrement – tout particulièrement les cadres de santé de proximité, parfois étroitement coincés entre les autres acteurs du système de soin : soignants, patients, administratifs, familles, etc.

Les choses ne vont pas de soi. La nef des soins peut devenir galère. Les systèmes peuvent fort bien dériver, s'égarer, sombrer... Et si chacun doit assurer son « quart de veille » à bord, le cadre a certainement un rôle très spécifique à jouer en la matière. Il faut garantir, autant que possible, l'orientation et la tonalité – un style – qui donnent forme et couleurs à la clinique. Pour cela, il importe de dégager des critères explicites, discutables certes mais clairs et utilisables. Ainsi W. Hesbeen insiste-t-il beaucoup sur ce qu'il nomme la « pertinence humaine » des actes, des attitudes, des comportements professionnels. Pertinence doublement humaine puisque, de chaque côté de la relation, un vivant humain est en jeu. Autre concept fondamental, aux racines philosophiques très profondes, « l'intelligence du singulier » à laquelle l'auteur confie un rôle absolument déterminant – pratiquement le rôle principal de l'intrigue du soin –, dans la mesure où cette forme d'intelligence, qui n'a rien de purement intellectuel, et qui est autant affective que cognitive, visionnaire que pratique, a pour tâche rien que moins que d'entretenir l'humanité dans les humains à travers la « saisie » ou la « compréhension » de la situation d'autrui unique et irremplaçable. Il faudra étudier les rapports qui lient cette notion créée par W. Hesbeen à la *phronêsis*, sagesse pratique aristotélicienne, et à l'*Umarmung*, la compréhension embrassante définie par le psychiatre L. Binswanger.

Comme Hannah Arendt le pensait à propos des choses humaines toujours liées à l'imprévisibilité des humains et donc soumises à la loi de la déchéance ou de la trahison, ou de l'affadissement, W. Hesbeen est convaincu que « la relation singulière de soin et l'intelligence du singulier qui l'anime ne sauraient durablement se déployer au sein d'un service sans être soutenues, accompagnées, organisées et encadrées par un cadre de proximité et la relation proximale que sa présence permet d'entretenir avec les différents professionnels de son service » – non qu'il faille contrôler par méfiance, mais parce qu'il s'agit d'éveiller et d'animer l'autonomie professionnelle des acteurs dans la confiance.

Le caractère éthique des pratiques de soins a quelque chose à voir avec l'éveil à la vraie vie et l'entretien de cette vie. Autrement dit, il s'oppose à tout ce qui tend à réduire la vivacité de la vie, à la neutraliser, à la mettre en

conformité avec des normes. On peut soutenir, en pensant au poète portugais Pessoa, que l'intranquillité est le cœur même de la vie. Si c'est vrai, les personnes en question – soignés et soignants – resteront bien des gens qui ont une histoire, voire qui font des histoires... plus ou moins contrôlables : on évite ainsi la banalisation qui réduit la personne, écrit W. Hesbeen, à « *un être sans histoire* ».

Les soignants, parce qu'ils sont des humains qui rendent un service à d'autres humains, sont par essence des « chercheurs », écrit l'auteur. La formule est frappante et très juste... parce qu'entre les humains règne l'incertitude qui résulte des individualités et des libertés : glorieuse polyphonie !

Le tâtonnement devient une vertu... Dans cette perspective existentielle, la formation professionnelle continue n'est pas qu'une organisation ou bien un outil de perfectionnement. C'est une véritable ressource, qui peut soutenir, inspirer au long cours, et c'est bien ainsi car une formation ponctuelle ne saurait maintenir ce « lent processus de prise de conscience » indispensable à l'éthique du soin.

Au-delà de cette remarque sur la durée et le caractère continu des formations susceptibles d'accompagner le bon changement des pratiques, nous percevons que c'est le monde des soins tout entier qui vit, respire, se déploie à un rythme spécifique. Manifestement, sauf dans les cas très particuliers des soins dits d'urgence, on a le droit de penser qu'une certaine lenteur s'impose, comme une forme laïcisée de liturgie, qui ouvre le temps du respect, de la patience, de l'écoute, de l'adéquation à la demande d'autrui. Si sans nul doute qui trop embrasse mal étreint, de même qui agit dans la précipitation ou la frénésie manque la présence d'autrui, la rencontre avec un autre « jamais sous la main »... Et ce qui vaut exemplairement dans la relation avec le patient par exemple vaut aussi dans les relations entre collègues. Ainsi, quand il s'agit d'évaluer en équipe une situation, d'établir un plan de soins, d'anticiper une histoire difficile, etc., on a besoin de réfléchir, de mettre en perspective, de délibérer. La délibération, le geste qui sauve... tout cela prend du temps. Alors que les réunions d'équipes sont déjà occupées par tant de choses et tant d'échanges plus ou moins utiles, le cadre de santé est aussi gardien du temps, de la durée, du rythme.

Indispensable donc, le cadre de santé de proximité, en proximité avec les soignants, avec les patients et leurs familles, avec les responsables institutionnels, avec les étudiants, élèves et stagiaires. Ce métier de proximité exige le sens de la bonne distance, du recul, de l'autorité, de l'imagination. Mais ce métier complet exige aussi le sens de l'espérance, une vision des objectifs à déterminer et puis à atteindre, le sens du large. Enfin, le cadre a une part importante dans la création et l'entretien d'un climat éthique dans le service, d'une atmosphère de respect et de liberté de chacun.

Mais il est grand temps que je vous laisse, lecteur, arriver au livre. Alors, un dernier mot, emprunté à R.-M. Rilke, extrait d'un *Sonnet à Orphée*. Il me semble exprimer fort bien l'état d'esprit des analyses qui vont suivre, leur rigueur éclairée, leur finesse et leur horizon :

« [...] pour nous l'existence est encore enchantée ; la vie encore
Est source en cent endroits. Un jeu de forces pures
Que nul ne touche, s'il ne s'agenouille et s'il n'admire. »

Michel Dupuis

Professeur ordinaire à l'Université catholique de Louvain
Vice-président du Comité consultatif de bioéthique de Belgique

Introduction

Les cadres de santé de proximité, quel que soit leur métier d'origine, ont pour fonction d'encadrer des équipes de professionnels qui, eux-mêmes, agissent, le plus souvent, au contact direct de personnes, hommes, femmes, enfants dont la situation les conduit à requérir des soins. Que ces derniers soient à visée préventive, diagnostique, thérapeutique ou d'entretien, qu'ils soient techniques ou non, donnés dans un contexte aigu, chronique ou de réadaptation, qu'ils s'exercent dans des structures publiques ou privées, tout cela importe peu : il s'agit chaque fois d'humains singuliers, vivant une situation particulière et qui ont en commun d'avoir besoin ou d'être en demande de soins. Si ces soins de toute nature qui sont ainsi donnés par ces différents professionnels peuvent être assez aisément codifiés et organisés, chacun des actes ou des gestes posés et chacune des situations relationnelles s'inscrivent, inéluctablement, dans la singularité de l'autre. De tels actes et gestes requièrent, de ce fait, que le professionnel soucieux de cette singularité déploie, au-delà de connaissances et d'habiletés techniques, gestuelles ou relationnelles, ce que nous pouvons nommer une *intelligence du singulier* car ce professionnel intervient en une existence singulière et dans la quête de bonheur également singulière qui oriente cette existence, qui lui donne sens. Pourquoi déployer une intelligence du singulier qui, par nature, ne se laisse apprivoiser par aucune forme de règles ou de conduites préétablies ? Le respect dû à l'humain, que celui-ci requière ou non des soins, ne saurait s'exprimer sans tenter d'accueillir, dans le rapport à cet humain, la singularité à nulle autre pareille qui le caractérise.

Le déploiement d'une telle intelligence du singulier ne procède ni d'un niveau de qualification ni de ce qui est désigné par l'expression « quotient intellectuel ». En effet, sans aucunement négliger l'importance des qualifications et des formations, l'intelligence du singulier reflète, en premier lieu, *l'ambition que le professionnel a pour sa pratique* car c'est de l'ambition qu'il a pour la pratique des soins que naîtra l'*orientation* que ce même professionnel donnera à l'exercice quotidien de son métier de soignant. C'est ainsi que le soignant – médical ou paramédical – qui se veut résolument accueillant à la singularité de l'autre et qui se montre, dès lors, soucieux de l'intelligence que cela requiert n'aura d'autre choix que de *se sentir concerné par la situation de cet autre* sans se laisser pour autant envahir, déborder par celle-ci. Il donnera, de ce fait, à l'exercice quotidien des soins une orientation humble et sensible mais également plus subtile, généreuse et délicate que systématique. Fonder sa pratique soignante de médecin, d'infirmier ou d'autre professionnel paramédical ou social sur cette prise en compte de la singularité de l'humain requiert de déployer pour soi et de susciter autour de soi une intelligence du singulier pour laquelle on n'a jamais fini de

s'interroger, de cheminer, de s'étonner, de délibérer. On le voit, il n'y a là de place pour aucune forme d'arrogance, quel que soit le statut, car la grandeur d'un professionnel soignant n'est pas déterminée par la hauteur des qualifications acquises mais bien par sa capacité d'accueillir, en situation, la singularité de l'humain concerné et qui vit comme il le peut ce qu'il a à vivre lorsqu'il nécessite des soins. Sans doute est-ce lorsque les professionnels qui donnent des soins proclameront ensemble avec conviction et montreront également ensemble de manière convaincante et cohérente une ambition pour leur pratique qui dépasse les actes et les gestes mêmes qui ponctuent leur quotidien qu'ils donneront à voir, outre les capacités scientifiques et techniques indispensables, les exigences tout autant indispensables d'humilité, de sensibilité, de subtilité, de générosité et de délicatesse que cette pratique requiert lorsqu'elle se veut résolument respectueuse de l'humain singulier. C'est de l'ambition pour la pratique que naîtra une autre visibilité et donc une autre représentation de celle-ci. En effet, une pratique qui se donne à voir ou qui se conçoit comme une succession d'actes et de tâches est une pratique dont la représentation se réduit à ces actes et à ces tâches et qui, dès lors, se conçoit comme requérant une organisation dont la performance se décline selon la manière de les concevoir.

Avant toute considération de nature organisationnelle – et nous savons l'importance que cela revêt – observons qu'une telle ambition pour sa pratique professionnelle de soignant ne va pas de soi. La seule bonne volonté, indispensable pourtant, ne suffit pas car une telle ambition requiert, pour que le professionnel puisse aller au-delà des seules déclarations d'intentions, une véritable *prise de conscience* et une *implication*, elles-mêmes issues de ce que nous pouvons appeler un *travail de considération pour l'humain* et du *cheminement intérieur* que caractérise ce type de travail. En effet, c'est la manière de considérer l'humain – chaque humain – qui oriente la pratique des soins et non l'acquisition parfois abondante de « sciences humaines » ou la référence, tout aussi abondante, à des textes philosophiques, des citations ou même des « codes d'éthique ». Si ceux-ci peuvent bien évidemment nourrir, accompagner, voire élever la réflexion, ils ne sauraient d'aucune façon se substituer aux manières d'être et de faire du professionnel au sein même de sa pratique du quotidien. On perçoit ainsi, aisément, qu'il ne suffit pas d'avoir eu envie de devenir soignant, y compris depuis la plus tendre enfance, ni d'avoir acquis un diplôme dans l'un de ces domaines, pour prendre conscience, au-delà des indispensables pertinences, rigueur et efficacité que nécessite la pratique des soins, de l'intelligence du singulier que de tels métiers requièrent lorsqu'ils sont exercés avec le souci de l'accueil à la singularité des hommes et des femmes à qui ils se destinent.

Si l'organisation revêt toute son importance, observons également que l'organisation la plus performante des soins ne suffit pas pour offrir aux patients une pratique dont la qualité s'apprécie au-delà des seuls gestes et actes posés. En effet, l'humain qui requiert des soins, du fait même de sa complexité d'humain, n'est pas réductible à un sujet de soins. Il est avant tout un humain, sujet de sa propre existence et qui tente de trouver le

bonheur. Cette quête de bonheur lui est personnelle et, à ce titre, à nulle autre pareille, ce qui nous convie chacun à *prendre cet autre au sérieux* et à nous montrer vigilants pour ne pas désirer à la place de cet autre un bonheur qui ne serait donc pas le sien. C'est la raison pour laquelle, lorsque le regard est tourné vers l'humain et non vers ses seules maladies ou affections, l'on peut observer qu'il n'y a pas de petits ou de grands actes de soins, si sophistiqués soient-ils, ni même de petites ou de grandes situations de soins, si intriquées soient-elles. Et dès lors, ni de petits ou de grands professionnels de soins, si qualifiés ou expérimentés soient-ils. L'importance des soins et de ceux qui les donnent est déterminée par la personne à qui ils se destinent selon ce que celle-ci vit, ressent, espère et selon le sens que les soins prennent dans sa quête de bonheur, si surprenante soit-elle. Il n'existe, ainsi, que des situations singulières, intrinsèquement complexes, certaines plus spectaculaires ou déroutantes que d'autres mais qui, toutes, nécessitent un regard singulier et, dès lors, l'intelligence du singulier des professionnels qui y interviennent. Si une telle intelligence peut s'expérimenter et s'affiner au gré des situations, elle, ne se codifie pas, ne se répète pas et ne se transfère pas. Elle se chemine par un professionnel qui a pris conscience de son importance et qui désire en imprégner sa pratique. Elle se délibère — elle se met en discussion et en perspective critique — par des professionnels qui, ensemble, ont le désir d'élaborer de la pensée à partir des différentes situations rencontrées en vue de nourrir, chacun, leur cheminement et d'élever leur capacité. C'est en cela que pour se déployer au sein même de la pratique quotidienne des soins, et pas seulement lors de réunions de réflexion, cette intelligence et l'ambition professionnelle dont elle témoigne ont besoin d'être « encadrées » en vue d'être accompagnées, soutenues et parfois contenues. Là se situe la fonction d'un cadre entretenant, avec les différents professionnels, une relation de proximité. Ce *cadre de proximité* a une fonction d'autorité qui le conduit à manager une équipe et à organiser un service. Par cette fonction, l'ambition pour la pratique des personnes qui composent son service pourra être éveillée, suscitée, élevée et accompagnée grâce, notamment, à l'ambition qu'il aura lui-même pour la pratique des soins et donc, également, grâce à l'ambition qu'il aura pour sa pratique de cadre de proximité. Il pourra l'exprimer et la donner à voir par les manières d'être et de faire qui seront les siennes auprès des professionnels qu'il a quotidiennement pour fonction d'encadrer.

Or, à de nombreuses reprises, à l'occasion de rencontres avec des cadres, ceux-ci exposaient ne plus très bien savoir dans quelle direction regarder tant il leur semblait que l'évolution du contexte et les attentes – ou injonctions – qui leur étaient adressées les éloignaient, les détournaient de ce que certains d'entre eux considéraient encore comme la mission première du système et qui consiste à accueillir – ou à se rendre chez – des hommes et des femmes malades, des hommes et des femmes qui requièrent des soins. Si à l'évidence le système n'a pas changé de mission, un sentiment répandu est que celle-ci ne semble néanmoins pas occuper une place prépondérante en termes de préoccupations, les priorités perçues étant le plus souvent celles

des restrictions budgétaires, de la gestion, de l'organisation mais également de la recherche et de la formation des futurs professionnels ainsi que des rapports de force entre les différentes logiques et catégories d'acteurs et les courants qui les traversent. En certains lieux, si l'on y ajoute les effets de stratégies politiques locales et les influences ou concurrences régionales, de nombreux éléments sont ainsi réunis pour déstabiliser jusqu'aux plus convaincus de la finalité humaine du système de soins. Certains, sans nier ni même sous-estimer l'importance d'une gestion saine, d'une organisation efficiente, d'une recherche utile et innovante ou encore d'une formation responsable des futurs professionnels, se sont mis à douter en observant dans les faits les bouleversements dans l'ordre des priorités, les soins pouvant de la sorte se transformer parfois en une forme d'accessoires servant de support à l'exercice de ces autres fonctions.

Il faut dire qu'un certain nombre de déclarations, mais également les manières d'être et de faire de responsables et protagonistes de tous niveaux, ont fini par semer le trouble chez les uns ou alors par décourager les autres, sans compter les cadres qui se sont convaincus progressivement que leurs priorités ne devaient plus être ni les humains qui requièrent des soins ni ceux qui les donnent mais bien la *gestion*, terme aux pourtours suffisamment vagues et flexibles pour pouvoir y inclure, et justifier, tout type d'action. C'est ainsi que des discours de plus en plus précis ont été élaborés proclamant, à la fois, les mérites du système de soins, ses difficultés et défis contemporains ainsi que les changements impératifs qui devaient s'y opérer. Ce qui est troublant, ce ne sont ni la qualité ni même la pertinence de ces discours, mais bien qu'ils aient pu, le plus souvent, être prononcés en accordant une place si faible, voire inexistante, à ce qui constitue le cœur même de la pratique quotidienne des soins et qui met en présence, jour après jour, des humains malades qui requièrent des soins et des humains professionnels qui les donnent. Un peu comme si le système pouvait se penser et évoluer dans l'oubli des exigences associées à une pratique complexe et subtile et, dès lors, non répétitive. Précisons, néanmoins, que ces exigences ne se résument pas, ne se réduisent pas à celles d'une « bonne organisation » ou à celles, emblématiques, d'une « meilleure dotation en effectifs » ; c'est du cœur de la pratique et du sens de celle-ci dont il est question et des enseignements éclairants et convaincants qui peuvent en être tirés en matière d'organisation quotidienne des soins et de dotation judicieuses des effectifs. Cet oubli et ce silence ne reflètent-ils pas une absence de mise en perspective entre ce qui peut être compris comme des impératifs légitimes de gestion et d'organisation avec la pratique quotidienne des soins ? De quelle compréhension fine des exigences inhérentes à une relation singulière de soin, porteuse de sens et respectueuse de la personne, ceci témoigne-t-il ? Quel malentendu cela a-t-il généré ou sur quel malentendu de tels discours ont-ils été élaborés ?

C'est ainsi que de nombreux cadres de santé mais également des responsables d'équipes logistiques, des directeurs de soins ou administratifs ou encore des responsables médicaux nous sont apparus « déboussolés »

hésitant à s'orienter, ne sachant plus dans quel sens aller, tiraillés qu'ils étaient entre des logiques au mieux difficiles à conjuguer, au pire impossibles à concilier. Et pourtant, que de moyens attribués y compris en effectifs humains, que de réformes législatives et des modes de financements, que de nouveaux programmes de formations, que de nouvelles modalités d'organisations, que d'investissement dans la qualité, les bonnes pratiques, la recherche en soins, les outils et la traçabilité, le management, la santé au travail, etc! Rien ne semble suffire, rien ne semble pouvoir effacer ou plus simplement atténuer un sentiment de malaise qui pourrait même aller croissant. Que l'on soit cadre de proximité ou autre responsable, apparaisse « déboussolé » n'est cependant pas le gage d'une grande efficacité car cela conduit à ne plus réussir à s'orienter, à se disperser, à perdre le sens de son action, à dépenser beaucoup d'énergie pour tenter de le retrouver au risque de s'épuiser, parfois de se perdre ou finalement de se décourager et ensuite d'abandonner. Pour réussir à s'orienter lorsque l'on est « déboussolé », il convient de retrouver le « nord », ce qui équivaut, bien souvent, à s'arrêter, à se donner l'autorisation de se poser en vue de se reposer la question du fondement de la pratique et, avec elle, celle de la finalité de l'action.

Si nous pouvons observer qu'à tous les niveaux de la hiérarchie des cadres, des responsables ou des directeurs se sentent malmenés ou contraints de se mettre en rupture avec leurs valeurs, c'est au cœur même de la pratique quotidienne des soins – *au cœur même de la clinique soignante* – où évolue le cadre de proximité que les effets du malaise nous ont semblé se ressentir avec une acuité plus grande, plus sensible. En effet, c'est là que se vit jour après jour, de manière permanente, et sans pouvoir y échapper ni même la différer, la rencontre avec l'humain malade qui requiert des soins, sans oublier ses proches qui, dans le plus simple des cas, souhaitent seulement être informés et bénéficier d'un peu d'attention. C'est là au cœur de cette réalité de la pratique quotidienne des soins que le cadre de proximité éprouve parfois ce sentiment troublant d'avoir à faire face, bien souvent impuissant, à toutes les contradictions du système, confronté qu'il est aux attentes des uns et aux exigences des autres.

Face à ces évolutions, aux tiraillements ressentis et aux incertitudes que ce contexte génère, nous avons choisi ici de préciser – de revisiter – ce que nous nommerons les *fondamentaux du système de soins* et les éclairages qui en résultent pour les différents aspects de l'encadrement de la pratique de soins. Il s'agit, par ces fondamentaux, de préciser, d'éclairer ce que nous concevons être le métier de cadre de santé de proximité, que nous situons, vu la complexité de la pratique et l'intelligence du singulier qu'elle requiert, fondamentalement *au cœur du soin*. Précisons, néanmoins, que ce que nous qualifions de fondamental n'est autre qu'un parti pris – donc *une prise de position* –, c'est-à-dire un choix opéré en conscience. Ce choix, tant dans son argumentation que dans sa formulation, plaira aux uns et sera repoussé par les autres. Tel est le sort de tout choix.

C'est à l'occasion des échanges avec les étudiants et lors des séminaires avec des cadres de santé, mais aussi à l'occasion de discussions, de-ci, de-là,

avec de nombreux interlocuteurs professionnels de la santé ou non, qu'est née l'envie d'écrire ce livre. Non pour reproduire le contenu de ces échanges mais pour proposer les réflexions, inspirées par ces moments et, par là, les poursuivre. Aussi, l'intention de cet ouvrage est de proposer au lecteur des axes de réflexion qui se révéleront, peut-être, nourriciers de sa pensée et du cheminement qui l'anime.

Nous avons structuré ce livre en dix chapitres qui, telle une spirale, s'amorcent, se précisent, se prolongent pour, chacun, contribuer à présenter notre pensée sur la fonction de cadre de santé de proximité, ce qu'elle est ou pourrait être, ce qu'elle n'est pas ou ne devrait pas devenir. Notre propos chemine, de-ci de-là, progresse et revient sur ses pas pour repartir à nouveau afin de tenter de dire quelque chose de la complexité singulière de l'humain, de l'affaiblissement qui est le sien lorsqu'il nécessite des soins et de l'attention particulière qu'en telle circonstance il requiert. Face à cette complexité, il s'agit, également, de souligner les interrogations, les difficultés voire les contrariétés qui sont celles des soignants qui quotidiennement exercent leur métier au chevet des patients. C'est en effet cette complexité singulière – *tout simplement* singulière mais irrémédiablement singulière – qui nous fait tenter de mettre en exergue la nécessité que la personne exerçant la fonction de cadre entretienne une relation proximale avec les personnes qu'elle encadre et celles qu'elle côtoie.

Nous n'avons pas cherché à écarter ce que l'on nomme en pédagogie des « redondances pédagogiques ». En effet, notre expérience nous montre à souhait, face à une classe ou un auditoire, que ce qui suscite l'intérêt et soutient l'attention ne se déroule pas de manière linéaire, ne s'inscrit pas dans une suite systématique et épurée de propos, mais bien dans les liens qui s'établissent, qui vont, qui viennent, qui se répètent et qui permettent aux étudiants et aux auditeurs de se repérer entre chaque partie d'un exposé. Ces dix chapitres, animés par une même conviction, débouchent ensemble sur la nécessité d'accompagner, de soutenir et donc d'encadrer au plus près de leurs pratiques les différents professionnels des soins.

Le premier chapitre sera celui du fondement de la pratique d'encadrement. Dans le chapitre suivant, le néologisme de « bientraitance » nous conduira à préciser ce que nous concevons être un humain bien traité. Le chapitre 3 prolonge ce souci de bien traiter l'humain en interrogeant la quête de bonheur qui anime, selon nous, son existence. Le quatrième chapitre, quant à lui, présente ce que nous avons nommé le « travail de considération pour l'humain » qui nous semble devoir être désigné comme le fondement indispensable à toutes les formations qui conduisent aux métiers de la santé et du social. Au chapitre 5, nous établirons la distinction entre la logique de soins et la logique soignante afin d'aborder, au chapitre suivant, le projet de la relation singulière de soin. Nous arriverons ensuite à la fonction de cadre en abordant, au septième chapitre, le contenu de cette fonction et, au huitième, le management et son éthique. Les deux derniers chapitres permettront de clore ce livre sur la question de la formation en tant que pratique quotidienne du cadre de santé de proximité, formation des stagiaires

parfois nombreux au sein des services mais, également, formation pas seulement continue mais plus exactement permanente des professionnels qui composent son service ; pour se poursuivre et se terminer par la recherche et le développement non pour transformer un service de soins en unité de recherche car là n'est pas sa fonction, mais pour identifier la contribution des soignants à l'élévation de la connaissance grâce à l'esprit critique et aux partages de leurs expériences et réflexions à partir des situations singulières de soins qui ponctuent leur quotidien.

Ces dix chapitres procèdent d'un seul et même fil conducteur : *tenter d'accueillir la singularité de l'humain qui requiert des soins en vue de tenter de le respecter*. Ces dix chapitres s'articulent, se complètent, se nuancent, se critiquent et se mettent en perspective avec ce qu'il est possible modestement de réaliser ou plus simplement d'envisager de réaliser en un lieu donné. C'est de cheminer dont il est question, non d'appliquer ni d'adhérer. Rappelons-nous ainsi que ni le management, ni l'organisation, ni la formation, ni la recherche et le développement n'ont d'intérêt *en tant que tels* au sein du système de soins. Ils ne sont que des *moyens* et, à ce titre, ne revêtent de l'importance qu'en regard d'une *finalité*, finalité qu'ils facilitent et accompagnent mais finalité à laquelle, en tant que moyens, ils ne peuvent se substituer. C'est cette finalité que nous reprenons sous le vocable de *fondamental* et qui indique, selon cette approche, ce qu'est le fondement même du métier de cadre de santé de proximité, un métier qui se situe, pour nous, résolument *au cœur du soin et qui reflète, plus que jamais, la nécessité de penser et d'accompagner une éthique concrète du quotidien des soins*.

1 Le fondement de la pratique d'encadrement

Lors de travaux et rencontres avec des cadres de santé de proximité, ceux-ci nous ont fréquemment exprimé, entre autres, leurs difficultés d'essayer de concilier plusieurs logiques auxquelles se conjuguent les effets de ce qui est souvent désigné par l'expression « les exigences » des patients et de leurs proches. Certains nous disaient ainsi ne plus savoir dans quelle direction regarder ou dans quel ordre établir leurs priorités. La relation proximale qui pourtant qualifie leur fonction au sein d'un service ainsi qu'auprès d'une équipe leur semble, aujourd'hui, fragilisée pour devenir de plus en plus distale, sollicités qu'ils sont par une multitude d'activités. Celles-ci désignées comme nécessaires au bon fonctionnement d'une structure et du système les conduisent à se disperser ainsi qu'à s'éloigner du lieu où se pratiquent quotidiennement les soins et donc à s'éloigner de la relation à l'humain dans laquelle chacun de ces soins s'inscrit. Bien que cette proximité semble régulièrement empêchée par les logiques en présence et qui parfois s'affrontent ou provoquent des tiraillements, voire des incompréhensions, et bien qu'en certains endroits l'utilité même de cette fonction soit remise en question, l'enthousiasme, la disponibilité et le dévouement ne manquent pas. De nombreux cadres nous ont ainsi dit trouver leur source majeure de satisfaction dans la relation de proximité avec les équipes, les patients ou les résidents et les familles ainsi que dans la possibilité qui est la leur d'initier des projets ou d'y participer.

Si la satisfaction est importante quoique non suffisante pour justifier cette fonction, il est une autre raison qui réside dans la conception même que l'on a du système et de la pratique de soins et la considération pour l'humain sur laquelle une telle conception repose. En effet, c'est de l'orientation donnée à la pratique quotidienne des différentes formes de soins et, dès lors, de la manière que l'on a de considérer l'humain, tant celui qui reçoit des soins que celui qui a choisi pour métier d'en donner, que découlent la place et le contenu de la fonction de cadre de santé de proximité. Constatons ainsi que le métier exercé par les différents professionnels de la santé ne sera pas le même selon que la pratique des soins est envisagée de manière normative comme autant d'actes s'inscrivant dans une chaîne ou processus de production, ou selon que cette même pratique est envisagée de manière créative mais tout aussi précise car résolument tournée vers la prise en compte de la singularité de l'humain et la manière qu'il a de vivre ce qu'il a à vivre à l'occasion d'un épisode de soins. C'est ainsi que la nécessité même de la présence d'un cadre de proximité et le contenu de sa fonction ne seront pas envisagés de la même manière selon que la pratique quotidienne repose sur une *logique de soins* ou sur une *logique soignante*. La logique de soins requiert un *encadrement de type fonctionnel* centré sur la gestion de ce qu'il y a à faire

et sur la bonne utilisation des moyens humains, matériels et organisationnels auxquels on a recours pour bien faire tout ce qu'il y a à faire. La logique soignante, quant à elle, sans négliger les impératifs de bonne gestion, nécessite un *encadrement de type sensible*, et donc proximal, centré sur les personnes en présence et sur ce qui se vit dans leurs interactions.

Tous les métiers qui ont en commun les notions d'aide et de service sont confrontés au même risque de dérive, celui de transformer la relation à l'humain et la sensibilité autant que la subtilité qui la caractérisent en relation fonctionnelle et l'instrumentalisation des personnes qui la sous-tend. Observons cependant que l'humain malade ou dépendant, du fait même de sa maladie, présente une sensibilité exacerbée qui le rend plus particulièrement sensible aux effets « objérisants » d'une relation fonctionnelle. Or, l'humain, qu'il soit malade ou non, qui se voit ainsi instrumentalisé ou qui perçoit le risque de devenir l'objet d'une relation ne peut avoir le sentiment d'être bien traité, ce qui n'est pas sans incidence sur la manière qu'il aura de se comporter face aux professionnels et aux règles du système au sein duquel ceux-ci exercent leur métier.

Bien que très répandue, la logique de soins conduit, pour les raisons mêmes de sa mise en œuvre, à fonder la pratique sur les soins et non sur l'humain concret¹ auquel ceux-ci se destinent. C'est pour cette raison que la logique de soins et la « frénésie du faire » qui la caractérise se trouvent aujourd'hui, et de plus en plus, confrontées à leurs propres limites car une telle logique procède d'une relation fonctionnelle à la personne malade ou dépendante. De ce fait, lorsque la pratique quotidienne est guidée et animée par cette logique de soins, c'est la possibilité même de *respecter* l'humain en vue de le *bien traiter* qui est mise en péril. Elle n'est pas mise en péril du fait d'une intention maltraitante ou malfaisante qui animerait les professionnels mais du fait que la logique de soins est centrée sur les actes, sur les tâches et conduit les professionnels à regarder d'abord du côté des soins et ensuite du côté de l'humain. Dans une telle logique, la possibilité pour les professionnels d'accueillir et de prendre en compte la singularité de l'autre est entravée, voire empêchée, ce qui n'est pas propice à une pratique respectueuse et bien traitante. En effet, bien traiter l'humain malade ou dépendant ne saurait se résumer à lui prescrire et à lui appliquer le bon traitement ni même à faire preuve d'excellence dans les actes qui sont posés ou dans les soins qui lui sont prodigués. Bien traiter ne se résume pas à bien faire ce qu'il y a à faire ni même à éviter de mal faire. Bien traiter l'humain procède d'une démarche

1 Nous utilisons ici cette expression empruntée au médecin Alain Froment dans son ouvrage intitulé *Pour une rencontre soignante*, Paris, Archives contemporaines, 2001. S'il va de soi que *chaque humain est concret*, il nous semble néanmoins utile de rappeler que la situation de cet autre ne peut être idéalisée et assimilée à ce que nous en disent les différentes formes de sciences et théories qui, si elles proposent des références utiles à la pratique, n'en sont pas moins *abstraites* car extérieures à la situation concrète de l'autre. Le concret d'une existence singulière n'est pas l'idéal abstrait que proposent les savoirs ou que l'on projette sur l'autre. La confusion entre les savoirs établis pour les humains en général et la situation concrète d'un humain particulier conduit à une erreur d'appréciation sur la situation singulière de celui-ci.

concrète, sensible, subtile et nécessairement subjective qui se fonde sur la *considération* que l'on a pour l'humanité de cet autre, sur le souci sincère que l'on a de sa dignité et sur le respect dont on veut faire preuve en cherchant à accueillir sa singularité en vue de prendre en compte avec bienveillance et du mieux que l'on peut ce qui est important pour lui dans la situation où il nous est donné de le rencontrer. Une telle démarche *ne va pas de soi* car cet autre est un humain concret et à nul autre pareil, et que témoigner de l'estime pour son irréductible humanité, prendre en compte son inaltérable dignité ainsi que le respecter sans le réduire à son statut de malade, à la fréquence et l'importance des actes qu'il requiert ou encore au sentiment de sympathie ou d'antipathie qu'il suscite, confronte les professionnels à une pratique quotidienne dont la complexité, les exigences concrètes et l'engagement personnel qui en découle ne peuvent être sous-estimés au risque de les voir s'installer ou se réfugier dans une pratique fonctionnelle tournée vers le faire. Au risque, également, de leur donner le sentiment d'être livrés à eux-mêmes, voire abandonnés, ou même mal traités lorsque leur humanité de professionnels et les limites qui sont les leurs leur semblent oubliées, banalisées, les confrontant à un sentiment exacerbé de solitude.

Bien traiter l'humain malade ou dépendant requiert des professionnels sensibles qui se sentent concernés par la situation de cet autre et qui se montrent subtilement capables d'accueillir sa manière particulière de vivre ce qu'il a à vivre sans pour autant se laisser déborder par les particularités de chacune de ces situations. C'est parce qu'une pratique quotidienne des soins résolument soucieuse de bien traiter l'humain ne va pas de soi que le choix qui est le nôtre pour réfléchir à cette fonction de cadre de santé de proximité se fonde sur une telle considération pour l'humain malade ou dépendant, l'importance que l'on accorde à son humanité, le souci que l'on a de sa dignité et l'intérêt que l'on porte à l'expression de sa singularité. Notre choix se fonde, également, sur la nécessité de prendre en compte concrètement le professionnel et la réalité de ce qui se vit quotidiennement dans cette rencontre sans cesse renouvelée d'humains à humains, les uns requérant des soins et les autres ayant pour métier d'en donner.

De la performance à la pertinence

Cette fonction de cadre de proximité pourrait, bien entendu et légitimement, être réfléchie sous d'autres angles et avec d'autres orientations, notamment organisationnelle ou transversale. Tel n'est pas notre choix car si la légitimité des impératifs de bonne gestion et d'organisation des structures ne fait aucun doute, de tels impératifs ne présentent néanmoins qu'un intérêt particulièrement limité si la *performance* sur laquelle ils débouchent ou à laquelle ils prétendent aboutir se réalise au détriment de la *pertinence humaine* des pratiques de soins. Cette pertinence humaine concerne tant les personnes qui reçoivent les soins que celles qui en donnent. En effet, sans nullement opposer performance et pertinence, observons que seule la pertinence humaine de la pratique quotidienne des soins donne du sens à la performance organisationnelle et gestionnaire des différents moyens mis en œuvre

pour permettre à cette pratique de se réaliser. Seule la pertinence humaine rend la performance compréhensible et acceptable par ceux-là mêmes qui, jour après jour, pour les uns reçoivent et pour les autres donnent des soins. Seul le souci de pertinence humaine des organisations permet la compétence réelle des professionnels et la satisfaction qu'ils peuvent en retirer car leur compétence réelle, que l'on ne confondra pas avec leurs capacités potentielles, est sollicitée et mise à l'épreuve dans chaque situation de soins et face aux particularités de chacune de celles-ci. C'est pour cette raison qu'une telle compétence ne saurait, par exemple, être contenue dans l'énoncé même précis de bonnes pratiques ni s'apprécier en regard de leur seule mise en œuvre conforme, sauf à limiter cette compétence aux seuls aspects fonctionnels de la pratique tout en laissant dans l'ombre sa pertinence humaine. Mais en tel cas, quelle satisfaction et quelle gratification personnelles et durables le professionnel ayant le souci de l'autre pourrait-il ressentir lorsque la relation à l'humain qui caractérise son métier est transformée, pour des raisons de performance, en relation fonctionnelle ? Quelle souffrance un tel professionnel ne pourrait-il éprouver lorsque la personne malade ou dépendante se verrait transformée, réduite en un segment technique ?

La question de la performance et de la pertinence est source d'incompréhension et de tension car elle est régulièrement emprisonnée, à tous les niveaux, dans la confusion entre la logique de soins fondée sur une relation fonctionnelle et centrée sur les actes de soins et la logique soignante qui vise le bien d'un humain singulier et qui, dès lors, requiert une relation singulière de soin. De surcroît, cette question de la performance et de la pertinence est parasitée par les représentations caricaturales des fonctions de chacun et les crispations qui peuvent en découler empêchant de réfléchir ensemble aux aspects philosophiques, éthiques et pratiques d'une œuvre commune que serait le soin porté à l'humain qui requiert des soins en vue de le respecter et de le *bien traiter*. Il résulte de cette confusion entre logique de soins et logique soignante et de cette représentation caricaturale des fonctions des uns et des autres que la question de la performance et de la pertinence débouche sur une impasse car elle se résume, le plus souvent, à la revendication récurrente mais pas nécessairement pertinente d'un accroissement des moyens, espérant ainsi atténuer le poids induit par la « frénésie du faire » générée par la logique de soins. Elle se voit opposer de manière tout aussi récurrente mais pas plus pertinente la limite des moyens disponibles en vue de contenir les coûts. Or, l'augmentation des moyens n'offre pas la garantie d'une plus grande pertinence humaine de la pratique quotidienne des soins. De même, des moyens insuffisants ou inadéquats ne permettent pas d'accéder à cette pertinence. Dès lors, une telle question qui conjugue pertinence et performance ne peut véritablement être réfléchie et approfondie qu'à partir d'une compréhension fine et partagée des exigences associées à une pratique quotidienne des soins résolument soucieuse d'accueillir et de prendre en compte la singularité de l'humain en vue de le respecter et de le traiter bien. Or, si une telle pratique nécessite des moyens techniques appropriés et un nombre de professionnels dont la quantité et les qualités sont

judicieusement appréciées, ce n'est néanmoins pas de dotation en effectifs dont il devrait être principalement question mais bien de l'encadrement de ceux-ci. En effet, une pratique quotidienne des soins fondée sur la singularité de l'humain nécessite que s'instaure une *relation singulière de soin* afin de permettre aux professionnels d'imprégner leurs pratiques de sensibilité et de témoigner dans celles-ci d'une subtile *intelligence du singulier*.

Comme nous l'avons déjà mentionné, une telle relation ne va pas de soi, même pour le plus qualifié et expérimenté des professionnels, car elle confronte chacun à l'irréductible complexité de l'humain et aux manières parfois troublantes, voire déroutantes, qu'une telle complexité a de s'exprimer. C'est pour cette raison que la relation singulière de soin et l'intelligence du singulier qui l'anime ne sauraient durablement se déployer au sein d'un service sans être soutenues, accompagnées, organisées et encadrées par un cadre de proximité et la relation proximale que sa présence permet d'entretenir avec les différents professionnels de son service. La présence du cadre au sein du lieu où se pratiquent les soins ne conduit pas à nier que sa fonction lui donne une place de choix pour participer à diverses activités institutionnelles et contribuer à orienter la logique organisationnelle. Néanmoins, si le désir d'une bonne organisation apparaît plus intense que le désir d'une pratique soignante fondée sur la singularité de l'humain, ce sont tant la pertinence que la cohérence qui peuvent se trouver interpellées ; ce qui n'est pas sans incidence sur la perception qu'a chacun d'être bien traité ou sur le sentiment d'être malmené. Par ailleurs, cette relation proximale et la présence qu'elle requiert n'ont pas pour effet de négliger l'autonomie des professionnels. C'est précisément pour faciliter et valoriser son autonomie que le professionnel ne peut être livré à lui-même ou se sentir isolé face à la complexité humaine qui caractérise le cœur de son métier, cela pourrait le conduire à privilégier le faire et les comportements autoritaires au détriment de l'humain à qui se destine ce qu'il a à faire. C'est, en effet, lorsque la pratique des soins se transforme en une succession d'actes ou de tâches que l'autonomie disparaît pour laisser place à une pratique d'exécution débouchant ainsi sur un processus de déprofessionnalisation. En effet, le professionnalisme soignant, qui signe la compétence de situations du professionnel et qui laisse la trace de la pertinence humaine de son action, ne réside pas dans un niveau de qualification ni dans la seule qualité technique et scientifique de ce qui est fait, mais bien dans la capacité subtile d'inscrire ce qu'il y a à faire dans la perspective de la singularité de la personne. Une telle compétence requiert une intelligence de situation et une liberté d'action. Et c'est pour pouvoir exercer, déployer et affiner son autonomie – *ou sa liberté d'action* – que le professionnel a besoin de l'autorité d'un cadre de proximité, l'autonomie ou la liberté de chacun ayant besoin de repères afin de permettre au professionnel de se repérer et de ne pas s'égarer, *ou le moins possible*, dans cette rencontre d'humain à humain qui caractérise son quotidien. Sans repères et sans l'autorité du cadre de proximité qui permet de préciser, de discuter et d'ajuster ces repères, l'autonomie du professionnel n'est qu'un leurre qui ne peut que procurer une illusion passagère de liberté.

Observons ainsi que l'intelligence du singulier est pētrie de subjectivité, une subjectivité qui s'assume et dont on ne doit pas s'excuser, une subjectivité qui ne renie pas l'intérêt des savoirs objectifs mais qui permet de se protéger de la tentation de l'objectivité et des certitudes autant que du désir d'emprise – donc de pouvoir – qui pourrait en résulter. Les métiers de la santé sont des métiers de la singularité, donc de la subjectivité car, qu'on le veuille ou non, aucun humain malade ou dépendant n'est réductible à l'objectivité de sa pathologie et à l'excellence des actes que celle-ci requiert. L'importance du cadre de santé de proximité apparaît plus précisément et plus particulièrement dans cette nécessité de la subjectivité dans la relation à l'autre. Une telle subjectivité peut faire peur au professionnel, peut donner le vertige mais également déboucher sur un sentiment de culpabilité : celui d'oser penser en dehors des règles de bonnes pratiques ou de bonnes conduites édictées par les experts ou théoriciens aux idées prescriptives. La subjectivité, pourtant condition essentielle et incontournable à l'accueil d'un humain sujet et singulier, semble parfois aller à contre-courant de ce qui est désigné comme une pratique de qualité. Mais de quelle qualité s'agit-il dès lors que celle-ci serait appréciée de manière objective en regard de la subjectivité de la situation de cet autre, malade ou dépendant ? N'est-ce pas oublier qu'une pratique de soins soucieuse de l'autre, donc de sa singularité, n'est pas et ne pourrait être une pratique scientifique car il n'y a pas et ne saurait y avoir de science du singulier ? Comme le constate Laurent Ravez, la conscience de la subjectivité n'est pas écartée mais se heurte à la manière même qu'a eu la médecine technoscientifique de se constituer et, dès lors, de vouloir objectiver, pour des raisons intrinsèques à son développement et à sa performance, la maladie autant que le malade. L'auteur précise ainsi :

L'approche « subjective » de la maladie n'est pas en soi ignorée, mais elle est « neutralisée », empêchée de nuire, au profit de l'approche objectivante dans une société occidentale façonnée par une idéologie scientifique qui ne peut tout simplement pas faire cohabiter ces deux approches dans sa vision de l'être humain malade².

C'est grâce à l'importance que l'on accorde à l'humain le plus faible ou le plus vulnérable qu'une structure peut témoigner le mieux de son engagement pour l'humain et donc pour l'humanité. Or, une telle importance ne peut s'affirmer et se déployer si la subjectivité de l'humain, en particulier lorsqu'il est affaibli et vulnérable par la maladie dont il est atteint, ne peut s'exprimer et être prise en compte. C'est pour organiser les lieux de soins mais également pour accompagner les professionnels de soins au plus près de leurs pratiques, dans cette perspective de la subjectivité au sein d'un contexte objectivant, que la fonction de cadre de santé de proximité prend

2 Ravez L., Médecine et subjectivité : le patient d'abord, in ouvrage collectif *La médecine autrement ! Pour une éthique de la subjectivité médicale*, Ravez L. et Tilmans-Cabiaux C. (éd.), Presses universitaires de Namur, 2011, p. 89-90.

une envergure professionnelle nouvelle et incontournable qui nous semble à la fois inédite et novatrice.

Le choix de nous intéresser ici à la fonction de cadre de proximité et d'insister sur l'importance de celle-ci repose sur la conviction mais également le constat que l'avenir du système de soins ne peut être envisagé sans prendre en compte de manière fondamentale et à tous les niveaux de décision et d'organisation la pertinence humaine des pratiques qui s'y exercent. En effet, si la logique de soins centrée sur les actes qui sont à faire est prépondérante aujourd'hui, la logique soignante résolument tournée vers la quête du bien de l'humain singulier à qui ces actes se destinent se révèle balbutiante. Or, la logique de soins ne pourra se pérenniser et ne constitue pas l'avenir de la pratique car les hommes et les femmes malades ou dépendants ainsi que leurs proches ne pourront accepter, durablement, que la performance des techniques et des organisations se développe au détriment de la pertinence humaine des différentes formes d'actions. Constatons ainsi que, de plus en plus fréquemment, les personnes concernées par les soins attendent, demandent, revendiquent et parfois même exigent qu'une attention plus grande soit portée à leur singularité, à la manière particulière qu'ils ont de vivre ce qu'ils ont à vivre, à ce qui est important pour elles dans la situation dans laquelle elles se trouvent. N'est-ce pas pour cette raison, entre autres, que les patients et leurs proches sont régulièrement désignés comme étant « de plus en plus exigeants » ? Lorsqu'un professionnel s'exclame qu'un malade « est exigeant », ne dit-il pas quelque chose de sa difficulté, voire de son incapacité, d'accueillir la singularité de ce malade ainsi qualifié et parfois stigmatisé ? Que certaines de ces exigences apparaissent inappropriées ou démesurées ou encore désagréablement exprimées, voire insupportables, est un fait que nous ne pouvons nier mais qui ne change rien à la nécessité pour les professionnels de porter un regard de professionnels sur l'expression de celles-ci, un regard différent, un regard compréhensif et bienveillant, ce qui n'équivaut en rien à porter sur ces exigences un regard complaisant. Un tel regard dépasse la spontanéité des sentiments et réactions et, à ce titre, il requiert souvent d'être affiné, réorienté, interpellé, accompagné. Que de fois les professionnels face à une situation qui leur semble difficile, voire inextricable, ne se disent-ils pas soulagés, apaisés lorsqu'ils accèdent à une autre compréhension moins conflictuelle des raisons qui ont conduit un patient ou ses proches à tel ou tel comportement !

Ce sont ainsi la pertinence humaine des structures, le souci explicite, sincère et opérationnel d'y bien traiter l'humain qui justifient la fonction de cadre de santé de proximité. La relation proximale et le soutien, l'accompagnement, l'organisation au plus près des situations et l'encadrement que permet une telle fonction ne sauraient être sans conséquences sur la performance organisationnelle et gestionnaire du système. *Le cœur de métier d'un tel cadre est donc celui du soin porté à l'humain*, peu importe que ce dernier requière ou donne des soins car le fondement même de la logique soignante ne conduit pas à « placer le malade au centre des préoccupations » mais bien l'humain, quel que soit le statut qui est le sien.

2 Bien traiter l'humain

Bien traiter l'humain qui requiert des soins procède d'une intention qui semble avoir, de tout temps, orienté les structures et animé tous ceux, religieux, professionnels ou bénévoles, qui y exerçaient leur pratique. Selon l'époque et le contexte, bien traiter l'humain relevait de conceptions différentes, elles-mêmes ancrées dans des valeurs promues dans la société en général et dans un établissement en particulier. Si l'intention ne permet pas de garantir la pertinence de l'action, elle lui donne néanmoins, lorsqu'elle est sincère et partagée, une orientation et une tonalité qui se traduisent dans les manières d'être et de faire des différents professionnels et dans les choix de leurs modalités d'organisation. Bien traiter l'humain requérant des soins – *ce qui équivaut à essayer de lui apporter du bien-être ou du mieux-être ou encore à atténuer le risque de mal-être* – est ainsi ce qui a, depuis leur origine, guidé les établissements de tous types qui, ensemble, composent le système de soins.

Or, depuis quelque temps, un néologisme – la « *bientraitance* » – est venu émailler les discours, prenant parfois des allures de « rappels à l'ordre », voire de conditions à remplir pour accréditer un établissement de soins et lui permettre ainsi de poursuivre son activité. Son importance est telle qu'en son nom des critères objectifs sont identifiés, des évaluations sont menées, des outils sont élaborés, des groupes de travail sont constitués et des formations sont organisées. Cet intérêt pour la « *bientraitance* » et la frénésie de déclarations et d'actions qui en découlent semblent indiquer que l'humain malade ou dépendant ne serait plus bien traité, pouvant parfois laisser croire qu'il ne l'a jamais été ou alors insuffisamment. Il apparaît ainsi que la manière de concevoir un humain bien traité, en particulier lorsqu'il est malade ou dépendant et, de ce fait, affaibli ou risquant de l'être, a évolué. Les bons traitements et les bons soins décidés par des professionnels dûment qualifiés et à l'autorité affirmée et souvent incontestée ne suffisent plus.

Bienveillance et vigilance

La notion de « *bientraitance* » pose avec acuité la question du « prendre soin de l'humain » dans le souci sincère et permanent – *souci dès lors particulièrement exigeant* – de le respecter, de tenter d'accueillir sa singularité en vue de lui apporter de l'aide, une aide qui sera perçue comme aidante et bienveillante et qui de ce fait ne saurait se résumer à la seule excellence des actes posés. Agir avec bienveillance traduit une action dont l'intention est celle de vouloir du bien à l'autre. L'acteur d'une telle action a ainsi veillé à diriger celle-ci vers le bien de cet autre et s'est de la sorte montré attentif, *vigilant*, pour identifier ce qui serait bien et ce qui pourrait être mal en une situation particulière. La dimension sensible, subtile et généreuse du « bien

traiter l'autre » mérite d'être soulignée car elle conduit, au-delà des actes posés, à faire preuve de vigilance en vue d'identifier ce qui est important ou pourrait l'être mais également ce qui pourrait faire plaisir. Se soucier de ce qui est important ou pourrait faire plaisir témoigne d'un signe de prévenance, d'une marque d'attention particulière et d'une générosité spontanée à l'égard de l'humain malade ou dépendant qui se sent ainsi considéré au-delà des soins qu'il requiert.

Tel un vigile qui fait appel à ses différents sens en vue de porter une attention particulière à un lieu, à un événement ou encore à un risque, le professionnel qui se montre vigilant fait également appel à ses différents sens afin de mieux détecter mais aussi ressentir ce qui semble ou pourrait être bien, ou moins bien, voire mal. Sans le recours aux sens et donc à la sensibilité, la vigilance dont voudrait faire preuve un professionnel se trouve atténuée, voire empêchée, et l'intention bienveillante qui anime sa quête de ce qui serait bien et de ce qui serait mal pour un humain concret s'en trouverait considérablement entravée. Une telle vigilance est fatigante, voire éprouvante, et requiert, pour être exercée en permanence, d'être partagée mais également d'être accompagnée, soutenue et encadrée.

Néanmoins, diriger son action vers le bien de l'autre confronte au risque de se substituer à l'autre, de projeter sur lui le bien que l'on voudrait pour soi ou alors d'en décider, par une forme de conviction ou d'habitudes, sans vraiment interroger ses certitudes. Même sans intention de mal faire, le risque de toute action dirigée vers le bien de l'autre est celui d'oublier que cet autre est un autre, c'est-à-dire un humain singulier et qu'il convient de ne pas le confondre avec soi ou avec les autres. C'est pour éviter ou atténuer ce risque qu'agir avec bienveillance dans le but de bien traiter la personne nécessite de s'interroger sur ce qui est bien et sur ce qui est mal dans les soins. Il s'agit, entre autres, de déployer, d'aiguiser et de faciliter une vigilance concrète et non seulement de principe sur les différentes formes et les divers risques de maltraitance, des plus ordinaires aux plus spectaculaires, afin d'en déjouer les lancinantes apparitions et propagations et d'identifier les moyens de les prévenir.

Déjouer le risque de la banalisation

Or, la forme la plus répandue de maltraitance n'est pas celle du passage à l'acte mais bien celle, plus discrète, plus insidieuse, d'un manque d'intérêt pour la situation singulière de l'autre, d'une forme d'insensibilité à ce que cet autre vit et à ce qui est important pour lui, au moment où sa santé requiert l'intervention des professionnels du système de soins. Le souci de bien traiter l'humain nous conduit ainsi à réfléchir aux risques de le banaliser. En effet, la banalisation de l'humain surgit lorsqu'il est regardé tel un être banal, *un être sans histoire*, un individu qui n'aurait rien d'exceptionnel et qui n'aurait d'autres caractéristiques que celles de tous les autres, ne présentant ou ne recelant aucune particularité. De *sujet de surprises*, pouvant donc surprendre dans le regard de celui qui observe et parfois susciter des émotions, l'humain se transforme en *objet du décor*,

aux aspects plus ou moins agréables, parfois bienvenus, parfois insignifiants, parfois encombrants. Cela n'indique nullement que cet objet sera malmené ni même délaissé mais l'importance et la fréquence de l'intérêt qu'on lui porte seront fonction des soins qu'il requiert, des demandes ou revendications qu'il exprime ou de la sympathie que l'on éprouve pour lui. De là à ce qu'il soit ou à ce qu'il se sente bien traité, il y a un pas qu'il nous paraît bien audacieux de franchir. Ne pouvant plus surprendre, n'ayant pas d'histoire – *et n'en faisant peut-être pas non plus* –, ne présentant pas de particularités ou si peu, l'humain qui requiert des soins peut ainsi être banalisé de manière ordinaire mais sans intention malfaisante, du fait que soit négligée, sans pour autant qu'elle soit niée, son irréductible humanité autant que son inaltérable dignité ; que soit négligée, de la même manière, la singularité de son existence et sous-estimée la sensibilité particulière et à nulle autre pareille qui est la sienne, sensibilité, rappelons-le, exacerbée chez l'humain malade ou dépendant. Un petit texte déjà ancien permet, non sans humour, d'éclairer cette négligence ordinaire qui ne procède pourtant d'aucune intention malfaisante :

Écoutez-moi, infirmière !
J'avais faim et ne pouvais me nourrir seul.
Vous avez laissé mon plateau hors de ma portée et
ensuite vous avez discuté de mes besoins nutritionnels
lors des transmissions.
J'avais soif et ne pouvais boire sans aide.
Vous avez posé une bouteille d'eau sur la table de nuit et
plus tard, vous avez marqué que je n'avais rien bu.
Je me sentais seul et j'avais peur.
Vous m'avez laissé seul car j'étais un malade coopérant et
je ne demandais jamais rien.
On pensait que j'allais mourir.
Croyant que je n'entendais pas, vous avez dit que vous
espériez que je ne meure pas pendant votre horaire du soir.
Occupez-vous de moi !
Je suis tellement fatigué, tellement seul et j'ai peur.
Parlez-moi – tenez ma main.
Reconnaissez ce qui est important pour moi.
S'il vous plaît, infirmière, écoutez-moi¹ !

Sans intention de mal faire et absorbés par la frénésie du faire et toutes les exigences qui y sont associées, il n'est pas certain que les professionnels aient une conscience très élevée du risque de banalisation de l'humain qui

1 Texte de Ruth Johnson publié dans *American Journal of Nursing*, février 1971, traduit par A. Droz. (Nous avons déjà mentionné ce texte dans notre ouvrage *Prendre soin à l'hôpital*).

peut, ainsi, jour après jour, s'insinuer dans les pratiques du quotidien. Pourtant, et pour évident que cela puisse spontanément paraître, ce sont l'oubli de la singularité de l'humain et le manque de sensibilité ou d'intérêt pour ce qu'il vit, pour la souffrance parfois indicible qui est la sienne et la prise en compte de ce qui est important pour lui dans la situation où il se trouve, qui conduisent à sa banalisation ; celle-ci, à son tour, empêche l'accès au sentiment d'être bien traité tout en augmentant le risque d'être maltraité au sein même des pratiques soignantes.

Comme l'indiquent les travaux d'Hannah Arendt² et de différents auteurs³ qui souvent s'en inspirent, la banalisation de l'humain est ce qui peut conduire jusqu'à *oublier* – ou parfois *nier* – l'humanité de cet humain. Si *nier* cette humanité procède d'une intention explicite, d'une volonté affirmée et à ce titre intentionnellement maltraitante, *oublier* cette même humanité procède d'une spirale plus sournoise de négligence et qui s'inscrit insidieusement dans un contexte où la « chosification » de l'humain n'interpelle pas, ou plus ou si peu la conscience des professionnels. Une définition de cette banalisation peut ainsi être proposée :

La banalisation de l'humain c'est l'oubli, au sein des pratiques du quotidien, de l'humanité même de l'humain, de sa singularité, de sa sensibilité.

Peut-être est-ce la conscience plus grande aujourd'hui du risque exacerbé de banalisation de l'humain au sein des différentes pratiques de soins – *et de la société tout entière* – qui a conduit à voir apparaître le néologisme de « bien-traitance » et la préoccupation dont il est le témoin. Ce risque, reflet des ravages des relations fonctionnelles entre humains, nous semble, en effet, conforter le constat que posait l'historien Todorov établissant un parallèle entre l'esprit des philosophes des Lumières au XVIII^e siècle et notre époque contemporaine, et qu'il exprimait ainsi : « Notre temps est devenu, à bien des égards, celui de l'oubli des fins et de la sacralisation des moyens⁴. » Il nous apparaît, en effet, que l'oubli de l'humain singulier comme *finalité* des soins et la sacralisation des sciences, des techniques et des procédures qui ne sont pourtant que des *moyens* servant de support aux soins ne peuvent conduire à bien traiter l'humain, ne peuvent contribuer à le rendre heureux, car cet oubli procède d'une confusion, les sciences, les techniques et les procédures devenant la finalité et l'humain singulier se transformant, ainsi, en moyen pour l'exercice de ce qui est devenu la finalité. Nous rejoignons de la sorte la mise en garde que formulait déjà Jean-Pierre Lebrun dans l'un de ses ouvrages traitant des dérives de la médecine technoscientifique et

2 Arendt H., *Eichmann à Jérusalem – Rapport sur la banalité du mal*, Gallimard, Paris, 1966.

3 Groupe de Genève, Caloz-Tschopp M.-C., (Ed.), *Hannah Arendt, la banalité du mal comme mal politique*, vol. 2, L'Harmattan, Paris, 1998.

4 Todorov T., *L'esprit des Lumières*, Robert Laffont, Paris, 2006, p. 89.

avec elles de tout le système de soins, et où il constatait « ce déplacement d'intérêt si lourd de conséquences, le passage de l'attention au malade à la satisfaction tirée de la connaissance de la maladie⁵. » Le risque majeur de banalisation de l'humain nous semble ainsi résider dans une pratique plus frénétique et systématique que sensible et subtile reposant sur une relation fonctionnelle entre humains et où l'humanité des personnes en présence apparaît comme secondaire en regard de l'importance accordée à ce qu'il y a à faire. Ne s'agit-il pas, de la sorte, d'œuvrer ensemble, en équipe et par le management à penser, en vue de les identifier et de les déjouer, les risques de *banalisation de l'humain au sein des pratiques du quotidien* ?

Le néologisme de « bientraitance »

La préoccupation pour la « bientraitance » dans les soins qui a donc conduit à former ce néologisme s'inscrit ainsi dans un lent processus de prise de conscience, celle de la possibilité chez les différents professionnels d'oublier ou de négliger la singularité et la sensibilité de l'humain auquel ils s'adressent ou de ne pas en tenir suffisamment compte dans leurs pratiques. Cette possibilité d'un oubli ou d'une négligence de l'humain ne traduit pas une intention de mal faire des professionnels mais reflète les limites de tout un système qui a pu, depuis la formation jusqu'à la mise en œuvre concrète des pratiques, leur organisation et leur évaluation, se montrer plus soucieux de ses savoirs et de ses techniques que de l'humain malade ou dépendant auquel ils se destinent. L'avènement de la médecine technoscientifique qui trouve son origine au XIX^e siècle et les formations médicales et paramédicales qui en découlent ont conduit à une performance inégalee ouvrant, néanmoins, la voie à une logique et à une frénésie du faire dont il semble bien difficile d'atténuer les effets déshumanisants malgré les réflexions éthiques et l'intérêt croissant pour les « sciences humaines ». Or, plus la logique technique se développe, plus elle requiert de la rigueur ainsi qu'un esprit de précaution, et plus le risque de transformer l'humain en segment technique est grandissant. Le malade, même s'il apprécie selon les circonstances l'aide que la technique peut lui apporter, perçoit ce risque d'être effacé de la relation et s'y montre, du fait même de sa maladie, particulièrement sensible. Conscient de sa vulnérabilité, de sa fragilité, de son affaiblissement lorsque sa santé est concernée, l'humain se protège des effets déshumanisants qu'une telle logique peut induire et résiste, comme il le peut, face à la possibilité de voir oubliées sa singularité autant que sa sensibilité. Si dans un certain nombre de cas il peut accepter, pour le bénéfice qu'il peut en retirer pour sa santé, de se conformer à l'autorité technoscientifique du professionnel, il n'accepte pas, en revanche, et de moins en moins, de se sentir malmené, ou oublié ou parfois même humilié. Il existe ainsi des attentes plus affirmées de la part des patients, des résidents et de leurs proches en termes de qualité de relation. Outre leurs liens avec la prudence, voire la méfiance, qu'induisent la logique technique et son risque d'effacement de l'humain, ces attentes

5 Lebrun J.-P., *De la maladie médicale*, De Boeck, Bruxelles, 2003.

d'une qualité relationnelle irréprochable et donc exigeante s'inscrivent, également, dans un contexte où chacun est interpellé par le coût du système de soins, voire mis financièrement à contribution, ce qui conduit à aiguïser les exigences. Lorsque le patient et ses proches se considèrent comme des clients et sont parfois nommés comme tels dans certaines structures, cela n'est pas sans incidence sur la relation que ceux-ci auront avec les professionnels fort peu préparés ou disposés à s'inscrire dans une *relation client* où les uns *vendraient* et les autres *achèteraient* des soins.

L'avènement de l'humain dans les soins

Face à l'avènement technoscientifique et aux risques de dérives déshumanisantes qui y sont associés, nous assistons, progressivement, à l'avènement de l'humain qui veut exister malgré l'importance de la science, des techniques et des coûts qui en résultent et qui, de ce fait, consent de moins en moins à s'abandonner aux professionnels de la santé et, surtout, à accepter de se laisser malmené ou humilié lorsque sa santé requiert leur intervention. C'est pour contrer de telles dérives que différents dispositifs ont été mis au point par le législateur, tels que des chartes ou des commissions de conciliation, et qu'a été créé et mis en avant le néologisme de « bientraitance ». Le système de soins a ainsi proclamé les droits des patients et des résidents, conduisant ceux-ci à être davantage protégés de certains excès issus du sentiment de toute-puissance que confère, parfois, le recours à des savoirs et des techniques se pensant en tant que tels et oubliant que leur finalité réside à chaque fois en un humain singulier et dans le concret de son existence. Ce que l'on nomme dans d'autres secteurs d'activités une « promesse client » a ainsi été amorcé, annoncé et promu au sein du système de soins, générant une attente auprès de la population, attente qui se traduit en exigences lorsque l'on perçoit qu'elle risque de ne pas être satisfaite ; « promesse client » promue par le système tout entier mais que les professionnels qui y exercent éprouvent bien de la difficulté à tenir tant pour des raisons historiques que de formation et d'organisation, c'est-à-dire, en fin de compte, pour des raisons qui témoignent culturellement d'un intérêt plus grand pour la performance des soins que pour la pertinence humaine des actions. Or, lorsqu'une promesse est annoncée et qu'elle n'est pas tenue ou trop imparfaitement, elle crée de la désillusion chez les uns et un sentiment de frustration chez les autres. Les ingrédients d'une relation conflictuelle sont ainsi réunis débouchant sur la nécessité de créer des fonctions de médiation au sein des structures.

Un tel avènement de l'humain devrait nous réjouir, sauf qu'il surgit dans un contexte en mutation qui n'y est pas suffisamment préparé et au sein duquel les professionnels se sentent souvent malmenés. Convaincus que cela relevait de l'évidence, la prise de conscience et les exigences qui en découlent sont parfois perçues difficilement car, au-delà des évidences, *bien traiter l'humain malade ou dépendant ne va pas de soi* et interpelle, voire remet en question, des pratiques ancrées depuis fort longtemps dans la certitude de bien faire. C'est néanmoins de bien faire les soins dont il était

en premier lieu question, ce qui est évidemment important et n'empêche nullement de bien traiter l'humain mais ne procède, cependant, pas de la même intention. N'est-ce pas cette certitude de bien faire qui conduit encore fréquemment aujourd'hui les professionnels à informer le malade de ce qu'ils vont lui faire sans lui en demander l'autorisation ? S'il est préférable de l'informer que de ne rien lui dire, observons le caractère impératif de certaines expressions. Des soignants se rendent ainsi auprès du malade et lui disent « je vais faire votre toilette », « je vais prendre votre tension et votre température » ou encore « je vais vous examiner ». Si ces expressions très courantes n'expriment aucune intention de mal faire, elles semblent, néanmoins, considérer que le malade ou le résident est immédiatement disponible pour l'action dont on l'informe, qu'il est, également, immédiatement disposé à ce qu'on la lui fasse et, de surcroît, que cette action dont on l'informe bénéficie d'une autorisation tacite et permanente ne requérant aucune autre vigilance.

L'avènement de l'humain dans le système de soins conduit ainsi à une mutation de ce système devant déboucher sur d'autres façons de le penser, de le financer et de l'organiser autant que sur d'autres manières d'être et de faire des professionnels donc, également, de les former. En effet, outre des actes inadmissibles de maltraitance verbale, voire physique, le sentiment d'être mal traité naît, aujourd'hui et de plus en plus, de la perception, voire du constat, de ne pas être ou d'être mal informé, de rester dans l'incertitude avec les inquiétudes que cela génère, de ne pas avoir ou de ne pas pouvoir opérer de choix, de se sentir eseuilé, voire abandonné, ou d'être face à des professionnels insensibles plus soucieux de faire ce qu'il y a à faire que de se montrer intéressés par la manière qu'a l'autre de vivre ce qu'il a à vivre. Le sentiment d'être mal traité surgit également lorsque l'humain se sent contraint de devoir se soumettre à une autorité exprimée de manière autoritaire ou encore à une autorité qu'il trouve injuste ou qu'il ne comprend pas. Ce sentiment se manifeste encore de manière plus subtile lorsque les professionnels, sous une apparente disponibilité, ne cherchent pas à identifier, à comprendre et à essayer de prendre en compte ce qui est important pour cet autre dans la situation particulière qui est la sienne. Des expressions comme « ne soyez pas inquiet » ou « il n'y a aucune raison d'avoir peur » ou encore « c'est évident » contribuent à fermer l'échange, la discussion en balayant ce que la personne ressent et tente, sans nécessairement trouver les mots pour le dire, d'exprimer. Ce sentiment se ressent encore ou est renforcé lorsque l'humain malade ou dépendant doit séjourner dans des lieux à l'esthétique délaissée ou aux modalités concrètes d'organisation davantage tournées vers le bon fonctionnement de la structure et des professionnels que vers le bien de ceux qui doivent y séjourner.

Le sentiment d'être mal traité

Le sentiment d'être mal traité surgit ainsi de la perception de ne pas être considéré tel un humain, ce qui peut conduire au sentiment d'être banalisé, instrumentalisé, humilié ou malmené dans une situation où l'on attend, où

l'on espère *tout simplement* un peu, ou alors un peu plus, d'humanité. Si le refus d'être mal traité est exacerbé aujourd'hui, un tel refus n'est ni nouveau ni propre au système de soins ni même à un contexte culturel donné. C'est d'un sentiment universel dont il est question car profondément enraciné dans la nature humaine. Comme le constate le sociologue Alain Touraine à l'occasion d'une de ses conférences :

Si vous vous baladez dans le monde n'importe où et que vous parlez aux gens, que vous disent les gens ? Que vous demandent-ils ? Toujours les mêmes mots sont employés : je demande à « être respecté », je demande à « ne pas être humilié », je demande à « être traité comme un être humain ». Ça peut prendre les formes les plus diverses, mais trouvez-moi des endroits où les gens disent « humilié, moi je m'en fiche » ou « être respecté, moi je m'en fous parce que je ne respecte personne » ! Ce n'est pas vrai. Ce rapport de soi à soi, cette conscience de soi, « ne pas être humilié », pour moi c'est probablement le plus élémentaire, le cœur du cœur des demandes humaines de toujours et d'aujourd'hui en particulier⁶.

Pour compléter et commenter ce propos, Gerta Fryns précise que cette demande se montre plus pressante lorsque l'humain est confronté à :

Cette expérience blessante que subissent les personnes réduites à un « objet » dans les établissements de soins de santé ou de formation, dans les entreprises et les administrations, dans tout endroit où l'être humain a si souvent l'impression de se trouver, non face à d'autres humains, mais face à une « institution » sans visage et sans parole, mais dotée d'un grand pouvoir⁷.

Qu'est-ce que bien traiter l'humain ?

Déjouer le risque de banalisation en vue de prévenir la maltraitance ne repose pas, en premier lieu, sur des déclarations d'intention ou des règles de bonnes pratiques, mais bien sur un travail plus profond, plus subtil, plus sensible de considération pour l'humain. En effet, le souci de bien traiter l'humain procède d'une vigilance qui s'enracine dans la considération que l'on a pour l'autre, l'estime qu'on lui porte, l'importance que l'on accorde à la vie humaine en général et à celle de cet autre en particulier, et l'intérêt

6 Touraine A., *Comprendre le monde d'aujourd'hui*, conférence donnée à Bruxelles, le 16 janvier 2006 ; transcription par Christine Renouprez, p. 9, cité par Gerta Fryns.

7 Fryns G., « L'être humain « objet » de programmation ou « sujet » de soin ? », in *Perspective Soignante*, n° 35, p. 7-22.

dont on est capable de faire preuve pour la manière qu'a cet autre de vivre ce qu'il a à vivre dans la situation où il se trouve. C'est ainsi que bien traiter l'humain s'inscrit dans une démarche concrète, sensible et subtile qui conjugue la réflexion que l'on a sur l'humanité de l'humain à la quête vigilante et hésitante car nécessairement incertaine de ce qui pourrait être bien. Pour définir en quoi consiste l'action de bien traiter, nous pouvons dire que :

Bien traiter c'est chercher à identifier en vue d'en tenir compte ce qui est bien, ce qui est bon, ce qui est important pour un humain dans la situation particulière dans laquelle il se trouve. Le souci de bien traiter repose fondamentalement sur la considération que l'on a pour l'humanité de cet autre, la capacité de se sentir concerné par sa situation et la vigilance que l'on déploie pour ne pas négliger sa dignité.

Insistons néanmoins sur le fait qu'il ne saurait s'agir de bien traiter l'humain malade ou dépendant du seul fait de son état au risque de le réduire à cet état. En effet, l'intérêt porté à la personne soignée ne saurait s'exprimer sincèrement et durablement *en tant que tel*. Un tel intérêt serait alors guidé *parce que cette personne requiert des soins*. Or, ce n'est pas parce que l'humain est malade ou dépendant ou encore car il serait très jeune ou très vieux qu'il nécessite de l'intérêt et de la considération mais bien car il est humain, un humain non réductible à sa maladie, à son âge, à sa fragilité, à sa vulnérabilité, qui sont autant de caractéristiques qui, si elles requièrent de déployer des vigilances particulières, ne le rendent ni plus ni moins digne d'intérêt et de considération. Ceci implique que l'intérêt porté à la personne soignée n'est que le prolongement particulier de l'intérêt porté à l'humain, y compris donc à soi-même ainsi qu'à ses collègues de travail par exemple. C'est pour cette raison que la « bienveillance », pour ne pas rester une forme de déclaration abstraite aux effets aléatoires, requiert des rapports humains – de soins ou entre professionnels ou managériaux ou encore pédagogiques – empreints de cette considération pour l'humain – *tout humain* – et de la bienveillance à l'endroit de chacun. La tâche peut paraître immense tant elle s'inscrit en premier lieu dans l'éducation reçue et dans un contexte sociétal et qu'elle fait appel, de surcroît, au désir de chacun et donc à l'implication qui en résulte, ce que nous pouvons nommer une *posture*. Une telle posture, néanmoins, n'est ni immense ni inaccessible car elle ne procède pas d'une *question de tout ou de rien*, elle n'est pas à acquérir en un temps défini ; une telle posture est une question de *travail*, une question de *mise en mouvement et de cheminement*, travail qui conduit, petit à petit, au gré des circonstances et des prises de conscience, à *faire grandir en soi*, à *faire advenir*, un regard enrichi ou parfois différent sur l'humain, chaque humain. Un tel travail sert ainsi de fondement à une pratique soignante, ainsi qu'à une pratique managériale ou pédagogique, résolument soucieuse de prendre en compte la singularité de l'autre en vue de ne pas le banaliser et de le bien traiter.

Un risque de forclusion

Si le souci de bien traiter l'humain qui requiert des soins est fondamentalement louable et se doit d'être affirmé, la frénésie qui tend à normaliser la manière de le bien traiter ne traduit-elle pas, en premier lieu, le souci de se prémunir d'une désapprobation morale et de se protéger d'éventuelles répercussions juridiques ? Si ce souci est compréhensible chez les responsables des organisations, il ne présente néanmoins qu'un remède bien insuffisant contre le risque de maltraiter l'humain dans la pratique des soins. En effet, la normalisation de la « bientraitance » ne conduit-elle pas à renforcer la relation fonctionnelle à cet humain et dès lors son instrumentalisation au sein du système de soins autant que celle des professionnels qui y exercent leur métier ? Le curseur qui guide la pratique du professionnel ne risque-t-il pas d'être déplacé de « qu'est-ce qui est bien et bon pour cet autre ? » à « qu'est-ce qui est conforme aux bonnes pratiques ? » Devenant objet de la relation en vue d'être bien traité, l'humain malade ou dépendant ne risque-t-il pas de se sentir menacé dans sa singularité et, par là, d'éprouver un sentiment renforcé d'être maltraité ? De même, l'humain professionnel à qui l'on donne pour injonction de bien traiter l'humain malade, d'en prendre soin en se montrant soucieux de sa singularité tout en lui disant comment faire, ne risque-t-il pas de s'installer dans une soumission ou auto-servitude pour rendre conforme son action aux bonnes pratiques élaborées, normalisées et « critérisées » par les *experts* de la « bientraitance ». Il s'abstiendrait de ce fait même de penser et de chercher ce qui est bon et bien en une existence singulière et se priverait, dès lors, de l'accès à une compétence de situation, à une pertinence humaine de son action et à la satisfaction qu'il peut en retirer ? Nous risquons ainsi d'être entraînés dans un phénomène de *forclusion*, ce que le philosophe Jean-François Malherbe explicite comme étant *une démarche qui conduit à s'empêcher efficacement d'atteindre le but que l'on poursuit sincèrement*⁸.

C'est ainsi que bien traiter l'humain malade ou dépendant ne saurait se limiter, au risque de l'instrumentaliser, à l'application des bonnes pratiques et au respect des consignes d'experts qui s'imposeraient aux professionnels en vue de les mettre en œuvre de manière systématique. Si les règles de bonnes pratiques peuvent sans hésitation concourir à réfléchir en quoi consiste bien traiter l'humain, de telles règles pourraient, si l'on ne fait preuve de vigilance, générer l'effet inverse de celui recherché. En effet, c'est d'un « bien agir » dont il est question, un « bien agir » dans le domaine de l'humain qui, comme le précise Maja Wicks :

n'est pas garanti par la simple application, sans critique, de l'ordre juridique, mais par l'audace – passionnée – qui prend le risque de formuler un jugement personnel, au

8 Malherbe J.-F., *Autonomie et prévention – Alcool, tabac, sida dans une société médicalisée*, Artel-Fides, Montréal, 1994.

besoin même contre la loi. Socrate, depuis l'Antiquité, en est l'exemple [...] qui montre que la question touchant le signe distinctif du « bien agir » ne trouve de réponse adéquate que dans le rapport de l'être humain à lui-même, dans la paix avec soi-même qui devient l'indice du « bien agir »⁹.

On ne peut, de la sorte, bien traiter l'humain singulier sans réfléchir ensemble à ce qui est bien et mal dans les soins et sans imprégner directement sa pratique professionnelle d'un engagement personnel reflet de la considération concrète qu'on lui porte. C'est de cette réflexion sur ce qui est bien et ce qui est mal et de la considération que l'on a pour l'humain que découlent les manières d'être et de faire de chacun autant que les modalités concrètes d'organisation des soins en vue d'éviter leur systématisation. Bien traiter l'humain malade ou dépendant procède ainsi d'une démarche profonde et patiente qui convoque chacun des acteurs du système de soins, sans distinction de fonction et de statut, afin que chacun puisse, à son rythme et au gré de son cheminement, en imprégner ses propres pratiques pour écarter ou plus simplement atténuer le risque de le banaliser.

Penser ensemble ce qui est bien pour identifier ensemble ce qui est mal

Régulièrement, la question de ce qui est bien et de ce qui est mal est repoussée par des interlocuteurs qui nous disent leur embarras soit face à la connotation morale qu'ils y trouvent, soit face à ce qu'ils désignent comme étant une préoccupation religieuse y décelant, peut-être, une entrave au principe de laïcité, voire une forme de prosélytisme. La crainte de la culpabilité est fréquemment évoquée. Sans doute par une forme d'incompréhension et de confusion mais également de retenue associée à ce qui est nommé le « politiquement correct », la morale et la religion sont écartées des discussions et, avec elles, la question de ce qui est bien et de ce qui est mal. Or, sans réflexion sur ce qui est bien et sur ce qui est mal, et sans identifier pour ensuite décider au sein d'un groupe, d'une collectivité ce qui est bien et ce qui est mal au sein des pratiques de ce groupe, n'est-ce pas tout simplement la vie humaine qui est rendue impossible ? Ne s'agit-il pas là, par ailleurs, de la condition fondamentale de la démocratie qui permet à un peuple d'échapper à la tyrannie ou, plus modestement, à une équipe de travail, par exemple, de faire face au diktat d'un chef autoritaire en mal d'autorité ?

La question du bien et du mal est celle qui conduit, *tout simplement*, des humains à réfléchir aux conditions de leur vivre ensemble en général et de ce qu'ils réalisent ensemble en particulier. Si les religions peuvent alimenter cette réflexion, aucune religion ne peut se substituer au débat qui concerne

9 Wicki M., « L'action politique entre loi et faculté de juger : comment empêcher la « perte croissante du monde ? », in *Hannah Arendt, la 'banalité du mal' comme mal politique*, vol. 2, Groupe de Genève, Caloz-Tschopp, M.-C. (ed.), L'Harmattan, Paris, 1998, p. 30-39.

des professionnels qui s'interrogent et mettent en perspective les valeurs morales de leur pratique. Il n'y a donc pas lieu de confondre la réflexion morale au sein d'un groupe et les religions, sauf à vouloir faire adhérer les membres de ce groupe aux préceptes de telle ou telle religion. La question du bien et du mal ne procède pas d'un dogme qui s'imposerait à un groupe car cette question est de celles qui se travaillent et qui permettent de réfléchir à des valeurs qui, ensemble, constitueront une morale. Sans valeurs de référence, sans morale au sein d'un groupe, comment les humains qui le composent peuvent-ils ensemble évoluer pour ensemble orienter, ajuster, élever leur pratique au-delà des seuls aspects techniques et organisationnels ? Que seraient, en effet, l'excellence des techniques et la perfection des organisations sans réflexion sensible sur les rapports entre les humains directement concernés par ces techniques et organisations ? Que serait la performance sans réflexion sur ce qui est perçu au sein d'une équipe comme bien ou comme mal ou, de manière plus hésitante mais non moins pertinente, sur les interrogations que suscite telle ou telle situation et l'espèce d'entre-deux entre bien et mal qui interpelle tel ou tel professionnel ? Comment la préoccupation concrète d'une *éthique quotidienne des soins* serait-elle accessible à une équipe en l'absence de réflexion sur ce qui est bien et mal au sein de leur pratique ? Une telle réflexion proche de la réalité concrète du quotidien requiert d'être accompagnée, soutenue et encadrée par la présence et l'implication d'un cadre de proximité. Comme nous le verrons plus loin, ce type de réflexion requiert, néanmoins, un climat professionnel propice au débat, de même que des professionnels dont l'ambition pour leur métier dépasse les seuls aspects techniques et normatifs de celui-ci. Retenons ainsi que sans cette capacité de débattre, de douter, de réfléchir ensemble sur ce qui est bien et sur ce qui est mal dans la pratique quotidienne des soins, la notion de « bientraitance » ne peut que rester superficielle et aléatoire car soumise, justement, aux aléas des représentations et habitudes de chacun et des manières d'être et de faire qui en découlent.

Du désir d'être fier de sa pratique au travail des valeurs

Traitant de la participation de chacun au débat et de la question des valeurs à l'époque de la cité athénienne, Jacqueline de Romilly précise : « On appelle 'valeur' ce que l'on désire réaliser, pratiquer dans la vie courante. Il est essentiel pour comprendre la démocratie grecque, mais aussi pour notre façon de vivre aujourd'hui, de ne pas tenir compte seulement des conditions matérielles de la vie quotidienne, mais aussi de ce que l'on veut faire de sa vie, de ce qui fait chaud au cœur, de ce que l'on aime et ce dont on est fier¹⁰. » Bien qu'inhabituelle peut-être dans le contexte professionnel, la notion de fierté nous semble intéressante pour réfléchir en équipe à la question du bien et du mal dans la pratique quotidienne des soins. Nous traduisons le terme « fierté » par le fait « d'être en joie » ;

10 de Romilly J., *Actualité de la démocratie athénienne*, Bourin, Paris, 2006, p. 29.

s'exclamer « je suis fier » n'équivaut-il pas à dire « je suis en joie » ? Se sentir fier d'une réalisation, n'est-ce pas éprouver de la joie face à ce qui a été réalisé et qui procure ce sentiment de fierté ? Un tel sentiment n'a pas de rapport avec des comportements prétentieux ou arrogants, tous deux incompatibles avec des rapports humains respectueux et soucieux de chacun. La question qui peut ainsi guider la réflexion sur ce qui est bien et mal dans la pratique quotidienne des soins pourrait être : *qu'est-ce qui nous a donné un sentiment de fierté, qu'est-ce qui nous a fait ressentir de la joie dans telle situation et pourquoi éprouvons-nous ce sentiment ? Qu'est-ce qui nous a donné chaud au cœur ? Qu'est-ce qui fait que l'on aime ce que l'on a réussi à réaliser en telle situation ?* Le désir d'être fier de sa pratique en identifiant ce qui procure cette fierté se transforme en *élan* et devient ainsi un élément moteur du projet de bien traiter l'humain sans réduire ce projet à une déclaration générale d'intention mais en permettant à chacun de s'y référer, telle de la *matière à penser* sa pratique et de l'en imprégner.

Ne nous méprenons pas : si la notion de valeur est à travailler ensemble, permettant d'aboutir, de proche en proche, par tâtonnement, à ce qu'il est convenu d'appeler des « valeurs communes ou partagées », débattre pour choisir et faire évoluer des valeurs de référence qui constitueront, par exemple, une morale d'équipe n'indique nullement que ces valeurs pourtant communément identifiées et retenues seront vivantes de manière permanente et avec la même intensité au sein des manières d'être et de faire de chacun des membres de cette équipe. Des valeurs, même universellement proclamées, restent soumises à la façon qu'a chacun de les hiérarchiser, de leur accorder une importance concrète, cette importance étant elle-même sujette aux aléas des circonstances d'une situation. En premier lieu, « une valeur c'est ce qui est important pour moi ». Aussi noble et unanimement reconnue serait une valeur, tant qu'elle ne prend pas d'importance « pour moi », elle ne sera pas investie, il ne lui sera pas véritablement et durablement donné vie. D'où l'importance de ne pas chercher à faire adhérer à des valeurs car adhérer c'est « coller à », ce qui indique un rapport superficiel à ce dont on adhère et montre, également, qu'une adhésion, parfois obtenue par la persuasion ou le souci de conformité, n'équivaut pas à une implication. L'implication, qui ne se confond pas avec l'auto-servitude ou la soumission, n'est pas le fruit d'une adhésion mais d'une conviction, elle-même fruit d'un cheminement personnel. Rappelons-nous ainsi qu'une valeur est accessible à tous mais ne s'impose à personne, du moins si l'on souhaite qu'elle imprègne véritablement et subtilement la pratique. Au-delà des grandes déclarations, qui font appel à la tradition et aux valeurs d'un peuple ou d'un système par exemple, une valeur n'est pas une donnée abstraite qui existerait « quelque part », dans l'absolu, de façon figée et définitive. Une valeur est une donnée éminemment concrète à laquelle chacun peut, s'il en a la conscience et le désir, donner vie avec une intensité qui lui est accessible dans sa pratique quotidienne d'humain au contact d'autres

humains. Il n'existe donc pas à proprement parler de « *pertes de valeurs* » dans notre monde ou au sein d'une profession mais bien une absence de conscience ou un manque de désir ou d'élan, ou encore un désenchantement, un manque d'espérance qui n'encouragent pas à donner vie à certaines valeurs.

Les valeurs qui se profilent au sein d'une équipe seront le reflet de ce qui est jugé comme important par les membres de cette équipe, chacun leur donnant vie avec une intensité qui lui est propre. Il s'agit là d'une démarche intersubjective où chacun apporte, par petites touches, des éléments de sa propre histoire et de ses traditions, de son éducation, de ses différentes formes de *préjugés*. Un préjugé est bien *ce qui précède le jugement*, jugement, ou *action de peser, de sous-peser, c'est-à-dire penser*, et qui sera mené et puis rendu ensemble. Les préjugés ne sont pas un problème, sauf à ne pas les soumettre au jugement, à l'action de penser. Tzvetan Todorov nous le rappelle non sans humour : « Imaginer qu'on puisse raisonner sans préjugés est le pire des préjugés¹¹. » La raison à laquelle il se réfère est importante mais reste elle-même soumise aux aléas qui peuvent sembler bien irrationnels des passions, voire pulsions, de chacun. Todorov se réfère au philosophe Hume qui déclarait : « Il n'est pas contraire à la raison de préférer la destruction du monde entier à une égratignure de mon doigt¹² », et Todorov de conclure : « Les hommes sont conduits par leur volonté et leurs désirs, par leurs affections et leur conscience, et aussi par des forces sur lesquelles ils n'ont aucune prise ; néanmoins, la raison peut les éclairer quand ils s'engagent dans la recherche du vrai et du juste¹³. » La raison reste ainsi soumise aux passions mais peut en atténuer les effets parfois déroutants ou les tentations par trop égoïstes.

La question du bien et du mal abordée en équipe permet de raisonner ensemble, patiemment, et de proche en proche, sur ce qui est bien et sur ce qui est mal en regard des caractéristiques particulières de la pratique de soins au sein d'un service donné. Une telle réflexion permet de dépasser la représentation caricaturale et parfois bien commode de la maltraitance, représentation qui se trouve souvent limitée au passage à l'acte physique ou verbal et que chacun s'accorde à rejeter, ignorant, ou oubliant, que la banalisation de l'humain et la négligence, le manque de sensibilité et de vigilance qui la caractérisent sont une source bien plus grande et permanente de maltraitance au quotidien. Éviter de banaliser l'humain en vue de le bien traiter requiert cette sensibilité à l'endroit de l'autre qui permet de se sentir concerné par sa situation sans pour autant se laisser déborder par celle-ci. Si débattre de la question du bien et du mal n'offre pas la garantie d'éviter la banalisation de l'humain et les situations de maltraitance, cela contribue à une dynamique et à une

11 Todorov T., *L'esprit des Lumières*, op. cit. p. 38.

12 Hume, *Traité de la nature humaine (1737)*, 3 vol., Flammarion, Paris, 1991-1995, II, III, 3 (cité par Todorov).

13 Todorov T., *ibid.* p. 40.

atmosphère de réflexion tournée vers la quête d'un bien agir au sein des situations singulières de soins. Ce débat donne des repères aux professionnels leur permettant, de manière autonome et créative, de déployer leur vigilance pour atténuer le risque de banaliser l'humain. C'est ainsi que la « bien-traitance » relève avant tout d'un élan, d'une dynamique de réflexion et d'une atmosphère plus joyeuse que désenchantée et propice au plaisir de raisonner ensemble et d'en éprouver de la fierté pour les prolongements concrets qui peuvent y être donnés par chacun dans sa pratique du quotidien.

3 La quête de bonheur de l'humain singulier

Si la question du bien et du mal dans la pratique quotidienne des soins, et plus largement dans la vie ordinaire des humains, conduit, par le débat, à s'interroger sur un certain nombre de valeurs et sur un certain nombre de dispositions à l'endroit de l'humain et de l'humanité, une telle question ne saurait néanmoins s'affranchir d'une réflexion quant à la conception que l'on a de la vie humaine et quant à la considération que l'on a pour l'humain avant même que celui-ci puisse être qualifié de malade ou de dépendant et être affaibli par son état. C'est ainsi que l'éclairage sur l'humain apporté depuis la Renaissance par la philosophie humaniste nous conduit à retenir que l'humain n'est pas sur terre pour être soumis, asservi à une autorité, que celle-ci soit spirituelle ou temporelle, mais bien que l'humain est sur terre pour « tenter de trouver le bonheur ». Il s'agit là d'un postulat qui ne peut être confondu avec « la » vérité. Qui pourrait d'ailleurs se prévaloir de la détenir ? Ce postulat ne fera pas l'unanimité, ce qui constitue une véritable chance pour le débat dès lors que celui-ci est mené avec sincérité dans le but d'élaborer de la pensée et non de vouloir faire adhérer. Ni soumis, ni asservi, l'humain devient ainsi la finalité de toute chose et est capable de mener librement – *ou de manière autonome* – la vie qui est la sienne. Tout ce qui conduit à soumettre l'humain à une autorité injuste ou tout ce qui débouche sur son asservissement se révèle ainsi comme la négation de la dignité même de l'humain. Cette inaltérable dignité par laquelle nous lui reconnaissons la capacité de faire quelque chose de sa vie, quelle que soit sa situation, d'en être l'auteur, de pouvoir dire « ma vie »¹.

La dignité de chacun

Cette notion de dignité est fréquemment mise en avant pour en exiger le respect et dénoncer les comportements et situations indignes. Une sensibilité particulièrement exacerbée se fait jour lorsque l'humain se trouve momentanément ou durablement dans une situation de dépendance qui entrave, pour des raisons diverses, sa liberté. La maladie, le handicap ou l'enfermement débouchent ainsi fréquemment sur la perception d'une dignité bafouée ou le risque qu'elle puisse l'être. En effet, que de mépris parfois à l'endroit des modestes, des faibles, de ceux « qui n'ont rien » ! Que d'admiration, voire de fascination, dans la vie ordinaire pour le fort, le puissant et que de désintérêt pour le faible ! Le fort résiste à l'intention d'être dominé alors que le faible ne peut parfois qu'y succomber, s'y soumettre pour tenter de « survivre » et en devenir malheureux. Malheureux car il est face à cette forme de lâcheté qui conduit avec une déconcertante

1 Marcel G., *La dignité humaine et ses assises existentielles*, Aubier, Paris, 1964

facilité ceux qui sont en position de force à dominer ceux qui sont momentanément ou durablement en situation de faiblesse, de fragilité, de vulnérabilité. En pareille situation, quelle considération existe-t-il pour cet autre, quelle estime pour son humanité, quelle reconnaissance de son inaltérable dignité ? L'humanité de l'humain n'est pourtant pas une donnée circonstancielle, un choix à option, une variable qui se modifie selon une position sociale ou un statut professionnel, selon la force ou robustesse des uns et la faiblesse ou la fragilité des autres.

Mais qu'est-ce que la dignité ? La Déclaration universelle des droits de l'homme affirme avec raison que « Tous les humains naissent égaux en dignité » mais la manière que l'on a de se représenter cette dignité se révèle éminemment variable. Or, déclarer son attachement à une valeur dont le contenu est laissé à l'interprétation de chacun ne permet pas d'aller très loin. Dans son *Essai sur l'éthique de l'homme ordinaire*, s'interrogeant sur « la dignité humaine », le psychiatre et philosophe Léon Cassiers s'intéresse d'abord à ce qu'il nomme « les intuitions vécues de l'homme ordinaire ». Il précise ainsi :

Il est facile de constater que ce dernier attend des autres humains qu'ils respectent sa dignité, et qu'il y attache des sentiments très forts. Lorsqu'il ne croit pas sa dignité reconnue, l'homme ordinaire « s'in-digne », se fâche, se consterne. [...] Cependant, lorsque l'on demande à l'homme ordinaire ce qu'il faut concrètement respecter pour reconnaître sa dignité, quel en est l'enjeu réel, on observe qu'il peine à le définir. [...] Les personnes en situation de faiblesse, les malades, les handicapés, les pauvres, les moins intelligents, les assistés sociaux, etc., tous revendiquent cette égalité en dignité. Poussé à s'en expliquer, l'homme ordinaire dit finalement « qu'on n'est pas des chiens » et qu'il veut être respecté « pour lui-même ».

Pour Léon Cassiers, lorsque l'humain s'exprime ainsi, voulant être respecté pour « lui-même », c'est à son esprit qu'il fait référence au-delà de toutes ses caractéristiques de statut dans la société, d'âge, de maladie, de dépendance. L'humain demande ainsi « à être reconnu comme disposant à l'égal de tout autre humain, d'un esprit de transcendance. C'est dans cette position qu'il veut établir le dialogue avec l'autre, qui occupe une position semblable, pour se sentir respecté. L'enjeu de la dignité humaine est la reconnaissance de l'esprit de l'autre². »

Cette reconnaissance de l'esprit de l'autre est ce qui indique la *dimension spirituelle de la pratique soignante*. Ne nous méprenons pas, la spiritualité

2 Cassiers L., *Ni ange, ni bête – Essai sur l'éthique de l'homme ordinaire*, Cerf, Paris, 2010, p. 38-39

n'est pas la religion et ne consiste pas en une quelconque pratique associée à telle ou telle religion. Un autre psychiatre et philosophe, Bernard Honoré, a souhaité récemment partager ses réflexions sur ce qu'il a nommé « l'esprit du soin ». Il précise ainsi sa pensée quant à la notion même d'esprit : « Je retiens celle d'une source qui nous relie au monde en apportant son énergie, sa puissance à la détermination du sens que nous lui donnons³. » Sans cette « source » qui relie au monde et le sens de sa propre existence que cette manière de se sentir appartenir au monde permet, comment un humain pourrait-il se sentir considéré comme humain et ne pas se sentir exclu de cette communauté mondiale des humains que l'on nomme l'humanité ?

Du désir d'être bien à la quête de bonheur

La reconnaissance de l'esprit de l'autre conduit à reconnaître qu'il est capable de faire quelque chose de sa vie quels que soient sa situation ou son état. Et même lorsque juridiquement un humain est désigné comme étant « incapable », cette incapacité ne concerne pas sa vie mais sa possibilité de la mener dans un univers donné où les risques pour lui-même ou pour les autres seraient trop importants. Ce « quelque chose » que l'humain est capable de faire de sa vie n'est pas nécessairement conforme à nos propres représentations ou aspirations, ou encore à ce que l'on a projeté sur l'autre, voire désiré pour lui. C'est bien de la vie de l'autre dont il s'agit et qu'il mène comme il peut, ou comme il croit pouvoir, avec l'espoir de vivre le mieux possible ou du mieux qu'il peut ou plus simplement de vivre le moins mal possible.

La « quête de bonheur » est ainsi ce qui nous semble conduire, animer, orienter une existence humaine, existence par nature singulière, et c'est pour cette raison que *la quête de bonheur de chacun est également singulière, elle lui est donc particulière et, de ce fait, à nulle autre pareille*. Une telle quête peut sembler étrange à celui qui l'observe et se révéler parfois troublante, déroutante, dérangeante. La quête de bonheur n'est ainsi *rien d'autre* que la manière qu'a cet autre d'envisager sa vie, de mener son existence vers un avenir parfois proche, voire immédiat, ou parfois lointain, avenir qui lui semble serein, agréable, apaisant, harmonieux, etc., et à ce titre désirable. *Rien d'autre* qu'une quête de sérénité, d'apaisement avec soi-même, d'harmonie intérieure. *Rien d'autre* mais... néanmoins tout ça ! N'est-ce pas de cette quête que découlera le rapport de cet autre aux autres, au monde mais aussi à lui-même ? N'est-ce pas de l'intensité de ce qui l'anime et de ce à quoi il aspire que découlera l'importance qu'il s'accorde à lui-même, à sa santé, à l'allure plus ou moins belle qu'il souhaite acquérir ou alors à la belle allure qu'il souhaite retrouver ? La quête de bonheur de chacun a pour particularité de ne pouvoir être pleinement comprise par l'autre, y compris lorsque cet autre est un professionnel de la relation à l'humain. Elle est tellement personnelle qu'elle échappe à toute rationalité extérieure à la personne, tout en échappant régulièrement à la raison de la personne elle-même la conduisant parfois à s'exclamer : « ce n'est pas raisonnable mais

3 Honoré B., *L'esprit du soin*, Seli Arslan, Paris, à paraître en 2011

tellement agréable » ! N'est-ce pas pour cela que l'humain est régulièrement désigné comme n'étant pas raisonnable, du moins dans le regard de ceux qui l'observent avec curiosité, avec intérêt mais aussi avec inquiétude ? L'étonnement que révèle l'expression « il a tout pour être heureux et il n'est pas encore content » qui se prolonge parfois avec une pointe d'agacement par « mais qu'est-ce qui lui manque ? » n'indique-t-il pas cette forme d'incompréhension face à un regard extérieur, une rationalité étrangère à la personne ? De même, des déclarations bien intentionnées qui conduisent à proclamer, par exemple, « pour être heureux, il faut privilégier l'être au lieu de l'avoir », malgré leur pertinence générale et aux allures bienfaisantes et qui sembleraient naturellement et spontanément devoir rencontrer l'assentiment et l'adhésion de chacun, ne peuvent être perçues que dans la solitude de sa propre conscience, avec la manière personnelle qu'a chacun de concevoir sa vie et de mener son existence vers ce à quoi il aspire. C'est ainsi que chaque humain a tellement de raisons de ne pas nous paraître raisonnable qu'il semble bien présomptueux de vouloir lui dicter notre raison ou plus simplement une raison. N'est-il pas étrange, notamment, de parfois vouloir convaincre l'autre de ce qui le rendrait heureux ? Ou d'insister pour qu'il accepte ce que nous avons décidé comme devant lui faire plaisir ?

L'incertitude de l'autre

Observons, dès à présent, qu'une telle quête ne peut être comprise et contenue en totalité dans une grille d'observation ni déterminée par un questionnaire cherchant à identifier des « habitudes de vie ». La part d'indicible dans la quête de bonheur de cet autre conduit, avec délicatesse, à ne pas insister ou à ne pas ruser pour que celle-ci soit nommée en vue d'être dévoilée. Souhaiter que l'autre se dévoile entièrement – mais est-ce possible ? – ne conduit-il pas à lui demander de *se mettre à nu*, nous procurant ainsi l'illusion et l'éphémère satisfaction d'en tout comprendre ? Ainsi mis à nu, cet autre ne risque-t-il pas de devenir *transparent* et, dès lors, de ne plus exister, d'être *effacé* de la relation ? Que de fois l'abondance de questions n'empêche-t-elle pas de cheminer dans la relation, y mettant fin en la réduisant aux seuls aspects fonctionnels des échanges ! Le professionnel, y compris le plus qualifié et expérimenté, est ainsi confronté à cette part de mystère de l'autre, une part de mystère irréductible et qui débouche sur une incertitude fondamentale quant à « qui est cet autre ? », incertitude inconfortable, voire insupportable, pour celui, professionnel ou non, qui s'illusionne, par arrêt de la pensée ou par arrogance, pouvoir tout connaître de l'autre et en comprendre tous les faits, gestes ou réactions en vue de les prévoir, de les programmer, voire de les maîtriser. Cette incertitude est au cœur d'une pratique professionnelle résolument soucieuse d'accueillir la singularité de l'autre en vue de tenter de prendre en compte ce qui est important pour lui. Elle est ce qui requiert *l'intelligence du singulier* dans la relation à l'autre. C'est cette incertitude qui fait que les *soignants* sont avant tout des *chercheurs* car, conscients de leur incertitude, ils savent ne pas pouvoir disposer de l'autre pour lui indiquer la bonne voie à emprunter mais *seulement chercher avec*

cet autre, et en tâtonnant, ce qui convient – ou conviendrait – à sa situation. Cette incertitude fait appel à une caractéristique qui peut sembler étrangère à la performance technoscientifique et organisationnelle, au sentiment de toute-puissance qu'elle peut générer et à l'arrogance qu'elle peut induire, celle de l'*humilité*. Sans cette humilité qui témoigne de la conscience et de l'acceptation de l'incertitude et donc des limites de l'humain professionnel au contact d'un humain malade, de quelle pertinence humaine la pratique des soins pourrait-elle se prévaloir ? Sans cette humilité, n'en viendrait-on pas à oublier que la pratique concerne irrémédiablement un humain qui mène son existence de manière singulière animé d'une aspiration, d'une envie, comme il peut et à nulles autres pareilles et qu'il vit comme il peut ce qu'il a à vivre ?

Qu'est-ce que le bonheur ?

La question de la quête de bonheur personnelle, de la quête de ce qui rendrait heureux ou y contribuerait, est parfois écartée prisonnière qu'elle est d'une représentation assez restrictive et qui tend à la confondre avec de « menus plaisirs » ou avec l'aspiration à ce qui est parfois nommé un bonheur « total » ou « absolu » – un paradis sur terre – et l'envie plus égoïste qu'individualiste de faire ce que l'on veut sans autre considération morale ou nécessité de solidarité. En regard de la quête de bonheur, la question de l'autonomie de l'humain et dès lors de la conscience des limites qui sont les siennes, du fait même qu'il fait partie de l'humanité et qu'il ne vit pas esseulé, est ainsi convoquée. En effet, une quête de bonheur qui repose sur l'illusion de n'avoir aucune limite conduit plus sûrement l'humain vers des échecs malheureux que vers des moments heureux. Cette possibilité d'une vie égoïste sans considération morale et sans souci de solidarité ne devrait pas conduire le professionnel de la relation à l'humain à un *soupçon systématique* à l'endroit de l'humain et quant à ce qui anime la vie humaine. En effet, pour les adeptes du *soupçon*, l'humain ne serait guidé que par des motifs nuisibles et l'accomplissement de ceux-ci le rendrait heureux. Comment, animé d'un tel soupçon, le professionnel pourrait-il réussir à regarder avec bienveillance l'existence de l'autre et tenter d'en accueillir la singularité ?

Étymologiquement, le terme de bonheur évoque la chance, être content de ce qui arrive, un événement heureux, une circonstance même éphémère qui procure du bien. De la sorte, le bonheur évoque davantage « un moment de bonheur » qu'un état permanent au sein duquel un événement fortuit pourrait bien causer un grand malheur. Ne cherchons peut-être pas trop à définir le bonheur au risque de le dénaturer et au risque, également, de vouloir expliquer à l'autre ce qui le rendrait heureux. Au-delà d'une définition qui pourrait bien ne présenter aucune pertinence en l'existence de l'autre, c'est d'une intention dont il est avant tout question, celle qui vise au bien de la personne qui, malgré le malheur intense que peut représenter pour elle la survenance d'une maladie, peut parfois ressentir le bonheur d'avoir eu la chance de rencontrer un professionnel compétent car pertinent en sa situation particulière.

Les religions ont pu s'émouvoir de ce que la quête de bonheur ait pris la place de la quête de salut. Substituer la quête de bonheur à la quête de salut équivalait à reconnaître l'humain comme apte à mener sa vie « seul » comme créateur de sa propre histoire, seul, c'est-à-dire en s'affranchissant de Dieu qui lui dicterait sa conduite et sa destinée ; seul, de ce fait aussi, à décider de ce qui est bon et de ce qui est mauvais. Ne risque-t-il pas ainsi, pouvant en l'absence de Dieu décider de ce qui est bien et mal, de s'écarter d'une vie bonne fondée, entre autres, sur le respect de chacun et la solidarité entre tous ? C'est oublier peut-être que mener une vie bonne ne se résume pas à se prévaloir d'une religion ni de préceptes humanistes mais relève de la disposition concrète et effective de l'humain à l'endroit des autres humains. Si les religions peuvent indubitablement aider celui qui le souhaite à mener et nourrir cette vie bonne, les religions autant que les différentes philosophies ne peuvent en rien prétendre s'y substituer. C'est que mener une vie bonne ne va pas de soi et requiert, pour ne pas rester à la surface des choses et réussir à se hisser au-dessus de quelques évidences, de consentir jour après jour à des efforts, des efforts qui permettent d'aller au-delà de la spontanéité des sentiments agréables ou désagréables. Cette spontanéité des sentiments requiert une vigilance plus grande face à ceux que leur situation affaiblit et qu'il peut être si aisé de réduire à leur faiblesse, d'effacer. Pour illustrer ceci, le philosophe contemporain Alexandre Jollien précisait à l'occasion d'une interview récente où une question lui était posée à propos de sa foi : « J'ai été baptisé, confirmé dans la foi catholique, mais cette foi reçue de mes parents, je ne l'avais jamais remise en question et donc pas intégrée dans ma vie. Elle me portait, mais restait "exportée du dehors", comme souterraine⁴. » Se référant dans la même interview à sa découverte de Platon, il précise l'importance que prit pour lui : « La prise de conscience qu'il me fallait travailler à devenir meilleur plutôt qu'à mieux vivre ». Ce sont l'intériorité de l'humain et les choix qu'il opère pour mener sa vie qui lui permettent tantôt d'être sur le versant du bien, tantôt sur celui du mal et la conjonction de ces deux versants est, sans doute, ce qui caractérise la vie de chacun.

De la quête de bonheur à la question du sens

Lorsqu'elle n'est pas confondue avec le « bonheur absolu », avec une forme de jouissance permanente ou avec l'envie de plaisirs immédiats et insatiables, la quête de bonheur réside ainsi en l'espoir de réaliser quelque chose de plaisant ou de vivre des moments perçus comme bien ou mieux ou encore agréables ou moins désagréables. C'est bien d'une *quête* dont il est question qui, telle la quête de « l'inaccessible étoile » que l'on sait pourtant inaccessible, oriente le regard, donne du relief et de la vigueur au mouvement et du sens à l'action. La quête de bonheur s'inscrit ainsi dans la possibilité d'ébaucher, avant même de se donner les moyens de le réaliser, un projet personnel, c'est-à-dire une projection vers un futur désirable, un futur qui n'est pas nécessairement lointain, ce qui se traduit parfois par la

4 Jollien A., *Éloge de l'abandon*, interview dans le magazine *La Vie* du 26 août 2010, p. 9-11

seule aspiration de ne plus vivre ce que l'on est en train de vivre dans le moment présent. C'est d'un projet *personnel* dont il est ici question, ce qui ne saurait se confondre avec un projet proposé auquel on tenterait de faire adhérer celui que l'on désigne comme étant « le premier concerné ». Est-il, en effet, raisonnable ou humainement pertinent de chercher à convaincre l'autre de vivre la vie que l'on a imaginée bonne pour lui ? Est-ce que ce ne sont pas l'absence de projet, l'impossibilité d'imaginer sortir de la situation présente, le sentiment de ne pouvoir accéder à la sérénité, à une harmonie interne, à un apaisement avec soi-même qui rendent l'humain malheureux, l'empêchant de trouver un sens à sa vie ou à ce qu'il est en train de vivre ? La nature de ce désir autant que l'intensité qui l'anime ne se soumettent qu'à une seule raison, celle de l'humain singulier qui mène son existence et qui vit ce qu'il a à vivre d'une manière qui lui est personnelle et qui recèle une part d'indicible ou qui peut se révéler parfois incompréhensible. C'est en cela que *l'humain n'est pas raisonnable* car sa raison échappe à la raison et aux différents codes qui la paramètrent. La personne malade ou dépendante n'a-t-elle pas de bonnes raisons – *c'est-à-dire les siennes* – de ne pas se montrer raisonnable dans notre regard de professionnel dès lors que c'est de sa vie, de son corps, de ses envies, de ses craintes et espoirs qu'il s'agit ?

Une absence de souffrance nostalgique

La quête de bonheur est parfois désignée comme inaccessible, voire incongrue, du fait même que la personne est atteinte de maladie ou se trouve en situation de dépendance. Les professionnels pourraient alors être tentés, par une forme de position de principe, de se fermer conceptuellement l'accès au désir que pourrait avoir cet autre d'accéder à un futur différent, un futur moins pesant que ce qui est vécu au moment présent. Aspirer à être heureux serait-il inaccessible à celui qui vit un moment malheureux ? N'est-ce pas quand l'autre est malheureux qu'il lui est agréable de rencontrer un humain qui tente de l'aider à être un peu plus heureux, ce qui équivaut le plus souvent à se sentir un peu moins malheureux ? À titre d'exemple, si le malade n'est généralement pas heureux d'être hospitalisé, cela n'invite-il pas à ce que l'on puisse œuvrer à ce qu'il ne soit pas malheureux ou le moins malheureux possible, c'est-à-dire, parfois, un tout petit peu plus heureux ? Le sentiment d'être bien traité ne naît-il pas de cette perception de ne pas être abandonné dans la maladie, d'être en relation avec des professionnels qui se soucient de ce qui est agréable ou de ce qui pourrait être désagréable en vue d'atténuer, même de manière infime, le poids ressenti en telle ou telle situation ? Même la perspective d'une mort prochaine ne rend pas la quête de bonheur personnelle inaccessible pour un humain donné car la quête de bonheur s'inscrit dans l'idée que chacun se fait du bonheur dans une situation donnée, et constitue ce qui anime, souvent modestement, des humains qui ont tout simplement envie d'aller mieux, ce qui veut parfois dire aller moins mal ou avoir moins mal ou avoir moins peur de ce qui pourrait faire mal ou être débarrassé d'une incertitude qui pourrait se transformer en inquiétude ou, encore, d'être délivré d'une vie qui devient

trop lourde à porter. La perspective de la mort ne rend pas nécessairement malheureux lorsqu'elle s'inscrit, par exemple, dans un sentiment d'accomplissement et dans la quête de pouvoir dire du mieux que l'on peut « au revoir » aux personnes que l'on aime. S'interrogeant sur le bonheur et le bien-être, Léon Cassiers constate que ce que lui en ont dit les personnes va au-delà d'une représentation générale, idéalisée et finalement assez abstraite pour mettre en avant, y compris lorsque la maladie, la dépendance ou le manque sont présents, une approche concrète qui réside en l'*absence de souffrance nostalgique* :

Le terme « bonheur » désigne, en général, un « se sentir bien » et même un « se sentir heureux » physique et psychique dont la perfection serait de ne plus éprouver aucun manque. L'idée banale du paradis est celle d'une jouissance totale de soi-même, du monde et de la relation aux autres [...]. Le bien-être dont témoignent ceux qui l'ont ressenti et dont je parle ici ne dit rien de semblable. Le manque et la non-maîtrise y sont pleinement présents, mais ils n'y sont plus une souffrance nostalgique⁵.

De la quête de bonheur à la compétence

Malgré les difficultés que les professionnels peuvent éprouver face à l'expression d'autant de particularités témoins d'une existence singulière et à nulle autre pareille, s'ils ne tiennent pas compte de la manière qu'a l'humain de vivre ce qu'il a à vivre, ils ne pourront pas le *bien traiter* quelle que soit l'excellence des techniques et traitements mis en œuvre. Comme nous l'avons déjà mentionné, ne pas le bien traiter ne veut pas dire que l'on a cherché à lui faire du mal mais que l'on a négligé ou que l'on n'a pas été en capacité d'identifier, de tenter de repérer et d'essayer de prendre en compte ce qui est important pour cet autre, ce qui est perçu comme bien par lui dans la situation dans laquelle il se trouve. Chercher à percevoir ce qui est important pour l'autre permet de lui témoigner l'importance, la valeur qu'il a à nos yeux. Identifier et essayer de prendre en compte ce qui est important ne débouche pas, nécessairement, sur la capacité de satisfaire tout ou partie de ce qui serait attendu mais donne une indication quant à la *bienveillance* dans laquelle s'inscrit la relation et à l'intention apaisante qui anime le professionnel. Une telle intention témoigne de l'intérêt sincère que l'on porte à la situation de cet autre même si l'on ne peut satisfaire les attentes, voire les revendications, qui seraient les siennes, quelle que soit la nature de ces attentes ou revendications et quels que soient les motifs qui conduisent à ne pas être en mesure de les satisfaire.

S'intéresser à ce qui est important pour l'humain qui requiert des soins, à ce qui est perçu comme bien par lui, n'implique nullement de pouvoir en toutes circonstances le satisfaire. Là n'est d'ailleurs pas le propos. Quelle

⁵ Cassiers L., *Ni ange, ni bête* op. cit. p. 310

serait la crédibilité d'un lieu qui afficherait vouloir satisfaire toutes les attentes ? Il ne peut s'agir de se soumettre à ce qui pourrait parfois s'apparenter à de la légèreté, à des caprices, à de l'égoïsme, voire de l'autoritarisme. C'est ainsi que la bienveillance n'est pas la complaisance et que faire preuve de bienveillance ne conduit nullement à se soumettre à l'autre car considérer l'humain en cherchant sincèrement à satisfaire des attentes qui le rendraient un peu plus heureux ne se confond pas avec le fait de considérer que tout est acceptable et puisse dès lors être réalisé. C'est d'une posture professionnelle dont il est ici question, posture soucieuse d'une pertinence humaine dans l'action, qui signe un professionnalisme de situation – *ou compétence* – et qui conduit, avec sincérité mais également générosité, à se poser la question en une situation singulière de ce qui est important et de ce qui serait bien pour cet autre afin, avec la même sincérité et sans moins de générosité, de tenter d'y répondre dans les limites juridiques, techniques, organisationnelles, financières et morales qui s'imposent ou que l'on s'impose en cette situation. Comment, en effet, se révéler un professionnel compétent sans tenir compte de ce qui est important pour l'autre, de ce qui le rendrait heureux ou un peu moins malheureux, même si ce à quoi il aspire ne peut être satisfait ? Cela n'empêche pas que ce bien auquel l'autre aspire, même s'il ne peut être réalisé, puisse être identifié par les professionnels afin qu'ils en tiennent compte dans leurs manières d'être et de faire.

De la quête de bonheur à la quête de bien faire

Cette posture professionnelle et le professionnalisme de situation qui la nourrit reposent sur le désir des professionnels d'essayer d'*apporter un peu de bonheur* à cet autre, quels que soient son état et la nature autant que la fréquence des soins qu'il requiert. Essayer d'apporter un peu de bonheur peut sembler étrange dans un contexte ponctué par la nécessité de *faire* et au sein duquel le statut a parfois pris plus d'importance que l'intention humaine de la pratique. Et pourtant, que serait la pertinence humaine d'un statut professionnel, quelle qu'en soit la hauteur, lorsque celui qui en bénéficie s'égare jusqu'à oublier l'humanité singulière de l'humain auprès duquel ce statut lui permet d'exercer son métier ? Et comment témoigner de l'intérêt pour l'humanité de cet autre qui requiert des soins sans essayer, modestement et du mieux que l'on peut, de lui apporter un peu de bonheur, de se montrer soucieux de son apaisement, de sa sérénité ? Le résultat ne peut bien évidemment pas être garanti mais l'intention ne se révèle-t-elle pas ici plus importante que le résultat réellement acquis ? C'est en effet de la rencontre entre la quête de ce qui est bien et qui anime les professionnels avec la quête de bonheur personnelle et à nulle autre pareille de l'humain auquel s'adressent ces mêmes professionnels que naît le sentiment de bien faire pour les uns autant que celui d'être bien traité pour l'autre, ce qui conduit, parfois, à *simplement* « faire au mieux ». Ce sentiment de bien faire et de se révéler *bienfaisant* est gratifiant pour les professionnels, en particulier lorsqu'en écho ils observent la satisfaction de la personne, ou mieux, ils

perçoivent le sentiment qu'a celle-ci d'être bien traitée. Un sentiment n'est pas forcément la réalité ? Certes ! Mais un sentiment – une perception – est ce qui fait la réalité à un moment donné d'un humain singulier.

De la quête de bonheur au sentiment d'être bien traité

Se vouloir bien traitant en une situation particulière, c'est se poser la question de ce qui est important, de ce qui est perçu comme bien par cet autre dans la situation dans laquelle il se trouve, de ce qui pourrait lui apporter un peu de plaisir, de sérénité, de paix avec lui-même. Ce qui est important pour lui, ce qui est perçu comme bien peut, parfois, sembler dérisoire mais ne se confond pourtant pas avec ce que les professionnels savent être bons et bien en regard de son état. C'est ainsi que celui qui est assoiffé et qui obtient ou trouve de quoi boire pourra volontiers s'exclamer « quel bonheur ! » ; il en sera heureux, apaisé. Celui qui se voit contraint de boire alors qu'il n'a pas soif pourra se sentir agressé, mal traité et, de ce fait, être malheureux. Que de fois ce qui est perçu comme important, ce qui procure un peu de bonheur, n'est-il pas constitué de ce qui ne semble pourtant que des « détails », des éléments « sans importance » ! Sans importance sauf pour la personne à qui cela procure du bien, à qui cela apporte un peu de bonheur, un peu de sérénité, d'apaisement. Rappelons-nous ainsi sans cesse que ce qui témoigne le mieux de la grande attention que l'on porte à l'autre réside dans ces détails, dans cette multitude de « petites choses », petites dans l'absolu mais si grandes, si intenses pour la personne qui en bénéficie.

La pertinence scientifique et technique de l'action professionnelle se heurte, parfois, à la compréhension ou à la raison de cet autre ou, plus simplement, à la manière que chacun a de hiérarchiser ce qui lui apparaît comme le plus important dans l'ici et maintenant qui caractérise une situation. Ne pas bien traiter l'humain malade ou dépendant, malgré les bons traitements administrés et les soins de qualité qui lui sont donnés, s'enracine dans la confusion qu'il y a parfois entre la personne et sa maladie, ou son affection, ou son âge ou encore sa dépendance. La faiblesse que génère la maladie ou la dépendance se trouve ainsi renforcée, ce qui affaiblit davantage l'humain concerné qui pourrait se sentir de la sorte humilié car touché dans sa dignité. Cette confusion entre la personne et sa maladie conduit les professionnels à se montrer soucieux de bien faire mais en regardant prioritairement du côté de la maladie ou de la dépendance en vue d'agir sur celles-ci. Cet intérêt bien légitime pour ce qu'il y a à faire tend, néanmoins, à placer au second rang l'humain malade ou dépendant, reléguant de ce fait même au second rang la personne et ce qui est perçu comme important, comme le plus important, par elle dans la situation où elle requiert des soins. Nombre d'erreurs d'appréciations surgissent ainsi lorsque les professionnels, animés de ce souci de bien faire, oublient que le malade n'est pas la maladie qu'il a ou qu'il ne doit pas être confondu avec la dépendance qu'il présente. Ces erreurs d'appréciation ne procèdent pas d'une intention

malfaisante mais peuvent néanmoins *faire mal* lorsqu'elles donnent le sentiment à celui qui en est l'objet que son humanité, sa dignité, son histoire, son existence, sa quête de bonheur sont réduites à ce qui lui arrive ou à la situation dans laquelle il se trouve, momentanément ou durablement, voire définitivement. C'est ainsi que même lorsqu'il nécessite des soins, l'humain ne se transforme pas en un sujet de soins car il reste avant tout le sujet de sa propre existence, existence que les soins viennent éventuellement modifier, contrarier, voire entraver, mais qui ne se réduit pas à ceux-ci, ce qui invite à réfléchir à la manière que l'on a de le considérer.

4 Le travail de considération pour l'humain

Les questions éthiques font l'objet de nombreux travaux qui reflètent l'importance que l'on accorde à la vie humaine dans un contexte de développement technoscientifique permanent et, plus récemment, de préoccupations économiques. Des commissions et des comités ont ainsi été créés pour étudier et dégager un certain nombre de *principes* contribuant à éclairer le travail législatif ou à orienter un certain nombre de dispositions internes aux structures.

Au-delà de cette indispensable éthique de principe, il apparaît aujourd'hui de plus en plus nécessaire de se préoccuper de la *relation quotidienne à l'humain* lorsque ce dernier requiert des soins, notamment en se souciant de la cohérence de ce qui est mis en œuvre dans les structures ainsi que des manières d'être et de faire des différents professionnels. C'est d'une *éthique de la relation à l'humain* dont il est alors question, c'est-à-dire d'une éthique du quotidien au sein même des pratiques, et qui interroge, voire interpelle, tant les modalités d'organisation que la relation des professionnels à la personne malade ou dépendante ainsi qu'à ses proches. Il s'agit là d'une préoccupation d'éthique du quotidien des soins que nous définissons comme suit :

L'éthique du quotidien des soins consiste à déployer, au sein des structures et des équipes, une vigilance qui conduit à interroger les manières d'être et de faire en regard de la singularité des situations de soins. Une telle éthique se montre soucieuse de la façon particulière qu'a l'humain de vivre ce qu'il a à vivre lorsque des soins doivent lui être donnés et des réponses tant organisationnelles que relationnelles qui y sont apportées.

Une telle vigilance ne va pas de soi car la frénésie du faire n'y est pas propice et qu'elle requiert, au-delà des idées générales, une *dynamique d'attention à la personne, c'est-à-dire une dynamique de réflexion sur l'humain singulier et sur les manières qui lui sont particulières de vivre ce qu'il a à vivre* lorsque son état le rend plus faible, ou plus fragile ou vulnérable car il se trouve en situation d'avoir besoin de soins. C'est cette dynamique d'attention à la personne qui indique l'importance pour les professionnels de mener un travail continu de réflexion sur la considération qu'ils expriment dans la pratique quotidienne des soins pour les hommes et les femmes malades. Cette réflexion nécessite d'être accompagnée par un cadre de proximité, tant pour mener et ajuster ce travail que pour exercer ensemble leurs vigilances au contact de l'humain auquel ils donnent des soins. Sans cette dynamique de réflexion et de vigilance, la préoccupation d'une éthique quotidienne des soins ne pourra pas dépasser le stade de l'intention.

De la réflexion sur l'humain à une éthique du quotidien

S'agissant des soins et de toute l'organisation que ceux-ci requièrent, il apparaît spontanément aller de soi que le fondement en est la personne soignée. En effet, telle une *évidence*, le patient y est unanimement désigné comme le « *centre* » des préoccupations et donc des pratiques. C'est ainsi en son nom et pour son bien que tout y est mis en œuvre, conduisant les responsables à déclarer « nous sommes tous là pour le malade ». La dimension humaine est alors affirmée et parfois vigoureusement rappelée, y compris entre collègues. Néanmoins, et bien que les professionnels se montrent dans leur grande majorité soucieux de l'humain, cette déclaration qui affirme et rappelle sa place prépondérante ne donne aucune indication quant à la manière que l'on a de le considérer, l'estime qu'on lui porte dans le concret des différentes pratiques.

Il nous semble important de préciser que les déclarations qui fondent les soins sur le malade ou qui proclament lui attribuer la place centrale et donc prépondérante ne manquent pas, de manière générale, de sincérité et traduisent une intention de bien faire autant que celle de prévenir des dérives – qui ne sont pas évitées pour autant. Ces déclarations s'inscrivent, néanmoins, dans un contexte historique aux racines parfois robustes et à ce titre résistantes ; elles ont forgé un certain nombre de convictions, de certitudes et d'habitudes, tant en matière de santé, de maladie et donc de malade qu'en ce qui concerne la formation aux métiers de la santé et l'organisation autant que la gestion des structures. C'est vraisemblablement pour cette raison que la question de la considération pour l'humain ne se posait pas vraiment, tant cela semblait évident, et de la sorte presque redondant, de proclamer son attachement au malade tout en disant quelque chose de la manière de le considérer. De la sorte, la place centrale qui lui est accordée attesterait d'elle-même la considération qu'on lui porte, un peu comme si cette considération *allait de soi*, était frappée du sceau de l'automatisme du seul fait d'exercer son métier au service des malades et d'y avoir été formé. Or, en ce domaine comme dans tous les métiers où il est question de relation à l'humain, *cela ne va pas de soi*, sauf à se laisser porter par un certain nombre de certitudes qui ne favorisent pas vraiment le questionnement critique. Cela ne va pas de soi car dès lors qu'il s'agit de l'humain, tout ce qui va de soi – *ou semble aller de soi* – empêche ou détourne le regard et occulte, de ce fait, la singularité, la dimension exceptionnelle de chacun et ainsi les particularités de l'humain concret auquel on s'adresse. Le respect de cet autre risque d'en être profondément altéré voire empêché.

Au-delà des évidences, un regard critique

Dans le fond, en termes de considération profonde, ce malade est-il regardé tel un *objet de soins* à qui s'imposent les soins mais pour lequel, néanmoins, l'on fera preuve de courtoisie et de vigilance pour qu'il soit *bien traité*,

c'est-à-dire pour que les soins soient bien faits et bien donnés ? Est-il plutôt regardé comme un *sujet de soins*, sujet dont l'importance sera déterminée par l'affection qui l'atteint ainsi que par la nature des soins qu'il requiert et dont l'existence au sein d'un service et pour une équipe sera essentiellement fonction de la fréquence des soins qui doivent lui être donnés ? En tant que sujet, sa parole sera sollicitée et même déclarée comme importante, ce qui n'implique nullement qu'elle puisse être prise en compte dans la pratique car, face au savoir et à l'autorité des professionnels, il pourrait être assez aisément considéré comme incompetent en matière de soins, ce qui pourrait conduire les professionnels à décider de ce dont il a besoin. En cas de résistance, on pourrait alors chercher à le convaincre en vue de le faire adhérer ou parfois même être tenté de ruser. Ou alors ce malade est-il regardé comme un *humain singulier* ? Humain singulier, ni objet ni même sujet de soins mais sujet de sa propre existence et qui, au décours de celle-ci et dans la quête de bonheur qui est la sienne, se trouve en situation d'avoir besoin ou d'être en demande de soins, pour une affection dont l'importance n'est pas déterminante dans le regard que le professionnel porte sur lui. Humain capable de dire « ma vie » et d'être reconnu ainsi dans son inaltérable dignité, comme un interlocuteur compétent pour débattre de ce qui le concerne. Si ses capacités sont altérées, il n'en sera pas pour autant désigné comme incapable d'exprimer quelque chose de ce qui le concerne, de ce qui prend de l'importance pour lui.

On le voit, déclarer donner la priorité à la personne soignée, proclamer qu'elle est dès lors le fondement de la pratique médicale et paramédicale ainsi que de l'organisation des soins, ne permet pas, pour évidente voire généreuse que puisse paraître cette déclaration, d'identifier l'orientation réelle de cette pratique car ce que ne dit pas cette déclaration, c'est la manière profonde que l'on a d'y considérer cette personne – *objet de soins, sujet de soins, humain singulier* ? –, et sur laquelle vont se fonder les différentes formes de pratiques. Il ne s'agit pas là d'une distinction abstraite ou théorique car la façon que l'on a de considérer l'humain – *qu'il soit malade ou pas, la maladie ne le rendant ni plus ni moins humain* – ne sera pas sans incidences sur la manière que l'on aura de le regarder et donc sur la manière que l'on aura de tenter d'accueillir sa singularité et ainsi de le respecter et de prendre en compte sa dignité. Sur la manière également de se montrer sensible ou non à ce qui est important pour lui, sur la manière encore d'accepter et d'accompagner la façon particulière et parfois déroutante qu'a ce malade de vivre ce qu'il a à vivre avec l'affection qui l'atteint et dont la gravité, dans le fond, importe peu. Ce ne sera pas sans incidences, également, sur la manière d'organiser les soins, de les évaluer, de s'y former, de parler et d'écrire à leurs propos ainsi que sur les manières d'être et de faire des professionnels entre eux.

Le fondement de la pratique

S'intéresser au fondement d'une pratique, c'est s'interroger sur ce qui est fondamental dans l'exercice de cette pratique, c'est-à-dire sur ce qui en est la base, le soutien principal, la cause première ou la raison initiale. Nous pouvons

néanmoins constater que ce n'est pas parce que le fondement choisi est celui de l'humain que la considération pour celui-ci est interpellée au sein d'une équipe. Il est bien des façons de considérer l'humain, en particulier lorsqu'il nous est donné de le rencontrer concrètement. C'est pour cette raison que la question du fondement est prioritaire et n'est pas de celle que l'on écarte, car c'est au cœur de cette question que se situe celle de la considération pour l'humain. C'est elle qui permettra de préciser, d'affiner et d'orienter de manière sensible l'intention même des professionnels et, ainsi, la manière qu'ils auront d'envisager leurs pratiques. C'est cette question de la considération pour l'humain qui orientera les réflexions et actions en vue d'une *éthique vigilante et partagée du quotidien des soins*. C'est pour ne pas rester à la surface de la réflexion et pour réussir à s'évader hors du carcan des évidences qu'une telle question se travaille en vue de chercher à comprendre de manière résolument critique ce que l'on entend par considérer cet autre malade ou dépendant, ce que l'on entend, également, à *l'épreuve des situations concrètes*, par respecter cet autre et prendre en compte sa dignité par-delà quelques idées et représentations générales. Il s'agit de la sorte d'éclairer la pratique et, ainsi, de mettre en exergue et peut-être surtout nommer une compréhension enrichie ou encore plus nuancée des phénomènes qui la composent, des satisfactions ressenties et des difficultés éprouvées dans l'exercice professionnel. C'est d'un véritable travail de clarification, de précision, d'explicitation dont il est question en vue de nourrir et d'élever la pensée de l'action. Dans le fond, c'est à un esprit critique auquel nous faisons appel ; sans lui, aucune rupture avec les habitudes ou les représentations dominantes et aux allures parfois bien pensantes n'est accessible. On le voit, la fonction du cadre de santé de proximité et l'autorité qu'elle représente et permet d'exercer sont ainsi directement sollicitées. *En effet, aider à croître, à grandir, à élever la pensée et à affiner le sens critique*, ne s'agit-il pas là de la définition première de la fonction d'autorité ? N'est-ce pas là la fonction la plus utile mais également la plus réjouissante de l'exercice du métier de cadre de proximité ?

D'un langage commun à une compréhension commune

Un tel travail n'est pas nécessairement confortable et comporte une prise de risque car il conduit, précisément, à s'éloigner des évidences parfois bien arimées à des certitudes et à s'autoriser à interpellier ce qui est souvent qualifié de « bien entendu ». En effet, s'il n'y a pas grand risque à déclarer ou à rappeler l'importance que l'on accorde au patient, une telle déclaration peut néanmoins générer un certain étonnement, voire une certaine contrariété, lorsqu'elle conduit à débattre en équipe de la cohérence entre ce qui est affiché et déclaré comme important et les manières d'être et de faire de chacun, notamment dans les façons de parler des personnes ou de les qualifier. Sans que ce type de débat procède d'une quelconque tentative de culpabilisation ou d'autodénigrement, observons qu'en l'absence d'un travail de réflexion sincère sur la cohérence entre les intentions affichées et la pratique quotidienne concrètement mise en œuvre, aucune réorientation

ne pourra être envisagée pour efficacement et durablement se réaliser. C'est ainsi que la question du fondement et le travail de clarification, de précision, d'explicitation de la considération pour l'humain qui la sous-tend convoquent chacun à aller au-delà des convictions spontanées et des consensus apaisants, voire des connivences d'équipe que l'on ne souhaite pas toujours bousculer. Il s'agit de la sorte de s'assurer que ce qui est qualifié de « bien entendu » ne soit pas à l'origine d'un sérieux « mal entendu » aux effets souvent inconfortables car source de nombreuses incompréhensions. Pour écarter ou atténuer ce risque de malentendu, la quête d'un langage commun n'est néanmoins pas suffisante. Il ne suffit pas d'utiliser les mêmes mots pour se comprendre. Tel le texte d'un livre qui dit pourtant toujours la même chose, il est bien des manières différentes de le comprendre, de l'interpréter. Le langage commun induit ainsi fréquemment en erreur, rendant inaccessible la possibilité de travailler ensemble dans un sens commun. En effet, ce n'est pas d'un *langage commun* dont a besoin une équipe pour œuvrer ensemble et s'orienter dans la même direction mais bien d'une *compréhension commune* de ce qui se dit lorsque l'on se parle. Le langage commun se révèle ainsi être un leurre qui procure l'illusion de se comprendre mais qui mène, dans les faits, à bien des difficultés dans la pratique quotidienne, ce qui peut déboucher sur de nombreux tiraillements par manque de compréhension commune de ce dont il est question.

Pourquoi un travail de considération ?

C'est l'observation des pratiques qui conduit à constater que prendre en compte l'inaltérable dignité de l'humain, le considérer, l'estimer, le respecter, tout cela ne va pas de soi, y compris pour les professionnels de la relation à l'humain ainsi que pour les plus engagés et médiatisés de la « cause humaine ». La difficulté, dès que l'on proclame avec sincérité son attachement à l'humain comme constituant de l'humanité, provient de ce que l'on ne saurait en prendre une partie et en délaisser, voire rejeter, une autre. Quand on se réfère à la valeur de l'humain et aux droits que lui confère son humanité, c'est de tout humain dont il est question, sauf à le confondre avec certaines de ses caractéristiques, agréables ou désagréables selon l'appréciation personnelle que l'on en a. C'est parce que l'humain n'est pas réductible à des caractéristiques personnelles et que sa dignité n'est pas soumise à celles-ci que l'on ne saurait, en cohérence, opérer de tris quant à l'humanité de l'humain. C'est ainsi que celui qui est désigné comme humain est pleinement humain ou alors ne l'est pas. Que tel humain soit apprécié ou non n'y change rien. Et même s'il nous semble indubitablement légitime d'en apprécier certains et de ne pas en apprécier d'autres, l'humanité des uns n'est pas plus importante que celle des autres. Ce n'est donc pas de sentiment à l'endroit d'un tel ou d'un autre dont il est question mais bien de la capacité de prendre en compte l'humanité de chacun. À titre d'exemple, si défendre la cause des plus faibles conduit à mépriser les plus nantis ou à oublier, voire dénier, leur dignité d'humain du fait de leur fortune, ce n'est pas fondamentalement de l'humain dont

il est question par la défense de cette cause, mais de cette seule cause qui pourrait, si l'on n'y prend garde, devenir l'objet de tous les débordements. De tels débordements pourraient conduire à oublier que tant les riches que les pauvres ont de bonnes raisons de se sentir tantôt heureux, tantôt malheureux et que la souffrance ne s'arrête pas au seuil des biens matériels dont ils disposent ou dont ils ne disposent pas. Ne s'y intéresser qu'en fonction de leur fortune ou de leur infortune conduit à les réduire à celle-ci. Il existe ainsi des déclarations à connotations humanistes qui conduisent à défendre certaines causes de manière parfois très médiatisée tout en ignorant de manière permanente d'autres causes. L'humain n'en est-il pas ainsi réduit à la cause que l'on défend et aux intérêts particuliers que cette cause peut servir ? Ne devient-il pas l'alibi de cette cause ? C'est ainsi qu'il ne suffit pas de proclamer son attachement à l'humain en tenant des propos humanistes pour le considérer concrètement quelles que soient ses caractéristiques. C'est ainsi, également, qu'il ne suffit pas de « faire de l'humanitaire » pour faire preuve de considération envers l'humain.

Estimer et respecter l'humain ne va donc pas de soi, sauf à proclamer une position de principe dont les limites de cohérence surgiront rapidement au contact de l'autre et de l'infinie variété des situations que chacun est amené à côtoyer. Que de fois n'avons-nous pas rencontré des professionnels qui déclaraient : « Moi, je respecte tout le monde, tant que l'on me respecte » ! La sincérité ne manque pas dans le propos mais témoigne d'une conception assez peu approfondie et à « géométrie variable » : *un respect de l'autre dont le principe est affirmé mais néanmoins soumis au sentiment que l'on éprouve à son endroit et à celui que l'on reçoit en retour*. Ce n'est donc pas de respect dont il est question mais de sentiments. Or, réduire l'autre à un sentiment parfois très spontané de sympathie ou d'antipathie, et soumettre la considération que l'on a pour lui à la perception que l'on a de la manière qu'il a de nous considérer, conduit à ne plus voir cet autre comme un autre mais seulement comme autant de caractéristiques qui chez les uns nous plaisent et chez d'autres nous déplaisent. Comment exister concrètement en tant qu'humain et singulier et percevoir que sa dignité n'est pas mise en doute, voire bafouée, en particulier lorsque la maladie ou la dépendance affaiblit et rend plus vulnérable, lorsque la manière que l'on a de nous considérer est ainsi sujette au sentiment que l'on éprouve pour nous ?

Considérer l'humain, avoir de l'estime pour lui, prendre en compte sa dignité, le respecter, c'est vouloir explicitement et donc consciemment ne pas le négliger en le réduisant, par exemple, à son statut, à son âge, à sa pathologie, à un sentiment, que celui-ci soit agréable ou désagréable. Ne pas le négliger, également, en veillant à ne pas se tromper de cible : la *finalité* c'est l'humain à qui l'on donne des soins, ces derniers n'en étant que des *moyens*. Ne pas le négliger, encore, en le transformant en l'objet de sa stratégie ou de son désir. Regarder l'autre tel un humain équivalent en dignité à tout autre humain, c'est essayer, également, malgré les caractéristiques physiques, mentales ou autres qui sont les siennes, de ne pas le confondre avec celles-ci. Tout cela ne va pas de soi malgré les campagnes de sensibilisation, les interdits prononcés par la loi, malgré les chartes qui s'affichent

et les comités où se réfléchissent l'éthique et les bonnes pratiques. Pensons, ainsi, à la nature stigmatisante, toujours bien présente, du regard porté sur les personnes qualifiées de différentes – *y en aurait-il donc qui ne le seraient pas ?* –, issues par exemple d'une autre culture que celle dans laquelle on se trouve, ou celles présentant un handicap, ou celles qualifiées de « cas sociaux », ou celles dont la sexualité fait l'objet de sous-entendus aux effets ravageurs, ou celles encore ayant eu quelques soucis avec la justice. Que penser, également, lorsque dans certaines structures spécialisées les responsables éprouvent la nécessité d'affirmer dans une charte que « *les personnes que nous soignons sont des personnes comme les autres* » ? Comment, dans toutes ces situations, ne pas négliger l'humanité de l'autre et son inaltérable dignité, en particulier lorsque cet autre est affaibli par la maladie ou rendu plus vulnérable par son état ?

C'est pour déjouer les pièges de ce qui semble évident, voire proclamé, tel un *bien entendu* que le travail de considération nous apparaît indispensable pour élever et affiner la réflexion sur l'humain, en imprégner les pratiques ainsi que pour développer une solidarité sensible, une solidarité d'humain à humain qui ne se confond pas avec la seule défense d'une cause et le bruit qui parfois l'entoure. Un tel travail ne saurait être contenu dans le seul apprentissage, même approfondi, des différentes formes de sciences relatives à l'humain car la considération dont il est ici question concerne chaque fois un humain singulier dans le concret de sa situation particulière. Il est tellement singulier qu'il ne se laisse saisir par aucun concept, aucune théorie, même si toutes ces formes de savoirs peuvent éclairer la réflexion sur l'humain en général. Mais l'humain « en général » ne se rencontre pas car il n'existe pas. Il n'existe que des hommes et des femmes ordinaires qui sont autant d'humains singuliers. *Malgré toutes les sciences humaines et les recherches qui les alimentent, il n'existe pas et ne saurait y avoir de science du singulier.* C'est donc bien d'un lent et patient travail dont il est question pour tenter modestement, au gré des situations, de ses expériences, des satisfactions ressenties et des difficultés éprouvées de regarder cet autre, *tout simplement*, tel un autre. C'est ce « tout simplement » qui indique le mieux, à nos yeux, la nécessité d'un travail de considération et l'étendue infinie du chemin à parcourir. Peut-on vraiment déclarer son intérêt pour une éthique du quotidien des soins sans réfléchir ensemble, en équipe, à la considération que l'on a pour l'humain, l'estime qu'on lui porte ? Sans tâtonner pour mettre à l'épreuve cette estime face à un autre dans la situation particulière qui est la sienne ? Sans être accompagnés, grâce à une relation proximale, dans cet exercice de réflexion et de tâtonnement ?

Quelle considération pour l'humain ?

Regarder dans la direction de l'humain singulier pour exercer sa pratique quotidienne de professionnel de la santé procède, en premier lieu, d'une prise de conscience de laquelle découle un choix, c'est-à-dire un *parti pris*, une prise de position. Cette prise de conscience n'est ni innée ni spontanée. Elle s'acquiert car elle se travaille, c'est-à-dire qu'elle se fait grandir en vue d'advenir et, au gré des situations et des prises de conscience de ce qui se vit dans une vie particulière,

elle s'affine et s'affirme dans la vie quotidienne, tant professionnelle qu'extra-professionnelle. Ce choix n'est ni automatique en regard de tel ou tel métier, ni aisé. Mais cette prise de conscience et ce choix se situent au fondement d'une orientation nouvelle de la pratique des soins, d'un renouvellement de la complémentarité des différents acteurs d'une équipe pluridisciplinaire car elle convie chacun à regarder au-delà des seules spécificités techniques de son métier.

Rare, précieux car unique

Pour cheminer dans la réflexion sur l'humain, pour travailler la considération que l'on a pour lui lorsqu'il est désigné comme fondement du système de soins, nous pouvons nous aider de la petite phrase suivante :

Chaque humain est un être unique, exceptionnel et irremplaçable qui va, seul, son chemin qui le conduit irrémédiablement vers la mort.

Il s'agit d'une phrase de *travail*, c'est-à-dire qu'elle peut être utilisée pour échanger, critiquer, exprimer son assentiment ou son désaccord, ses nuances, voire son rejet, en vue de *faire grandir*, faire advenir une réflexion plus affinée voire plus consciente sur l'humain. Que cette phrase soit appréciée ou non importe peu ; elle procure l'avantage de nommer une idée, une manière de voir et permet, de la sorte, à la critique de se formuler et à la pensée de cheminer et de s'élaborer. Elle s'offre en pâture aux appétits voraces – mais bienveillants – de ceux qui souhaitent, dans une perspective critique, travailler ensemble leur considération pour l'humain.

Si l'on s'attache à « décomposer » les premiers termes de cette phrase pour dépasser le sentiment de naïveté qui pourrait s'en dégager un peu trop spontanément, nous pouvons observer que le premier mot, « chaque », ne laisse pas le choix, ne permet pas d'opérer de tri entre les humains, les uns étant un peu plus ou les autres un peu moins concernés par le contenu de la phrase. Les termes « unique », « exceptionnel » et « irremplaçable » expriment en la précisant et en la renforçant une même idée, celle de la singularité de l'humain. Il n'y en a qu'un et un seul de chaque, même s'il y en existe de très nombreux exemplaires. Du fait qu'il n'y en ait qu'un et un seul de chaque, *chacun est une exception et à ce titre exceptionnel*. Exceptionnel n'indique pas que chacun serait formidable ou agréable – ce ne seraient là que des caractéristiques circonstancielles – mais invite à ne pas oublier ou négliger que l'humain, quelles que soient ses caractéristiques, constitue chaque fois une part exceptionnelle de notre humanité. Exceptionnel ne veut donc pas dire spectaculaire ou extraordinaire ; c'est l'ordinaire de chacun que d'être exceptionnel car unique et irremplaçable. Que nous apprécions ou non cet autre, celui-ci est précieux, il est rare car unique. Personne, ainsi, n'est réductible à ses actes, à son âge, à sa pathologie, à son statut ou à un sentiment de sympathie ou d'antipathie. C'est parce qu'il est unique et exceptionnel qu'il ne peut être remplacé. Il est donc irremplaçable, ce qui ne veut pas dire indispensable. Cette dimension irremplaçable ne surgit-elle pas davantage dans la conscience lorsque survient la perte d'un être cher que l'on sait bien que personne ne pourra jamais remplacer ?

De la considération au respect

Le respect est un terme dont la compréhension débouche, régulièrement, sur des malentendus et donc sur une pratique bien aléatoire. Comme le précise Alain Froment dans son ouvrage sur la dimension soignante de la médecine :

Il importe tout d'abord de ne pas confondre le respect que je porte à une personne, avec le respect des droits de cette personne. [...] Le respect des droits d'une personne n'est jamais que la reconnaissance formelle des lois de ma culture. Rien n'interdit que tout à la fois je respecte les droits d'un homme et que je le méprise en tant que personne. Je peux ainsi m'en tenir à respecter l'autonomie d'un homme adulte et responsable tout en m'autorisant ouvertement à le tenir pour stupide, incohérent, négligeable. J'en reste alors au minimum que la loi exige de moi. Cette position est incompatible avec la fonction véritablement soignante. [...] Le respect qu'on attend du soignant est tout d'abord l'absence de condescendance ou de mépris¹.

Le travail de considération pour l'humain ouvre la voie à la capacité de le respecter. Néanmoins, autant la considération procède d'une attitude, d'une disposition de l'esprit qui concerne les autres en général et qui se traduit en fin de compte par une forme de croyance en l'humain, c'est-à-dire en tout humain et ce quelles que soient ses caractéristiques et sans pouvoir opérer de choix, autant le respect ne peut se conjuguer au pluriel car il concerne, chaque fois, un humain particulier dans le concret de sa situation. C'est ainsi que le respect est bien plus difficile qu'il n'y paraît ; il ne procède pas d'un état, d'une capacité acquise et dont l'on pourrait se prévaloir *une fois pour toutes*. Le respect requiert un travail qui nous met à l'épreuve lors de chaque rencontre. Le constat d'Alain Froment s'interrogeant sur sa capacité de respecter l'autre dans sa pratique médicale est ainsi éloquent :

Si je m'observe moi-même, je dois admettre qu'il m'est impossible de respecter d'emblée et spontanément en toutes circonstances. Sans cesse je me surprends à m'écarter, à des degrés divers, du respect que je suis pourtant convaincu de devoir à autrui. Ce respect dû à chacun est si étranger à ma nature d'homme qu'il me faut avouer que je ne peux que m'efforcer de respecter la personne de chaque soigné (de quelque façon qu'il se présente) sans y parvenir parfaitement².

1 Froment A., *Pour une rencontre soignante*, Ed. des Archives contemporaines, Paris, 2001, p. 92-93.

2 Froment A., *ibid.*, p. 84-85.

Singularité et respect

Respecter l'autre ce n'est pas seulement avoir de la considération, de l'estime pour lui et son humanité, respecter l'autre c'est chercher à mettre en valeur sa singularité et dès lors essayer d'identifier, dans une situation donnée, ce qui est important pour lui et tenter, autant que faire se peut, de prendre en compte cette singularité dans sa relation d'humain à humain. Le respect de l'autre concerne ainsi *un humain* précis dans le concret de sa situation également concrète. Le respect est ce qui permet de faire exister l'autre, c'est-à-dire de le reconnaître comme un humain ordinaire mais particulier, ni plus ni moins important qu'un autre mais qui, néanmoins, n'est pas confondu avec les autres. Le respect n'est, dès lors, ni une idée générale, ni une déclaration d'intention, ni même un sentiment de sympathie, voire d'amitié, car le respect procède d'une intention explicite et d'une démarche éminemment pratique qui requiert de porter attention à cet autre et donc de le regarder, de le regarder à nouveau et puis encore pour tenter d'apercevoir sa singularité et d'essayer, par là, de repérer ce qui est important pour lui. Cette dimension particulièrement pratique du respect est rappelée avec force par Alexandre Lhotellier qui nous interpelle sur le « mythe » que pourrait représenter la personne :

Ce qui est intéressant, dans le vocabulaire usuel, c'est quand apparaît le terme personne. En général, dignité, respect ne sont pas loin. Mais on ne peut prendre en considération la personne seulement quand elle risque de n'être plus. [...] Pour que la personne ait un sens, elle n'apparaît pas seulement à certains moments de la vie. Elle existe tout le temps ou elle n'est pas. Ce n'est pas seulement dans la réunion d'un comité d'éthique que la personne surgit. Ou alors, c'est comme si chacun vivait avec un mythe de la personne. Une sorte d'idéalisme naïf, à brandir dans tous les discours, dans toutes les manifestations, mais oublié dans les pratiques. La personne serait-elle une fiction éthique ou métaphysique dont nous aurions besoin pour survivre ? Un alibi ? Nous avons à rétablir, par la critique du mythe, la personne comme pratique, comme fait quotidien ordinaire. La mort de la personne n'arrive pas qu'une fois. C'est nous qui tuons la personne tous les jours. Le tragique, c'est cette banalisation de l'oubli de la personne tout en la célébrant dans nos discours. La personne n'est pas une entité douée d'un certain nombre de caractères abstraits. Valoriser la personne [...] c'est tout simplement essayer de considérer l'être humain dans sa totalité³.

3 Lhotellier A., « Le service à la personne », in *Perspective soignante*, n° 3, décembre 1998, p. 8-20.

Pour tenter de respecter cet humain, il conviendra de le regarder – d'en être le *spectateur* – et puis de le regarder à nouveau – le *re-specter* – afin d'essayer de le voir au-delà de ce qu'il donne à voir à première vue, au-delà, également, d'un sentiment spontané, d'une émotion. La sympathie ressentie, voire le sentiment amoureux éprouvé à l'endroit de telle personne n'indiquent nullement le respect de cette personne qui peut se retrouver envahie par ce sentiment, en devenir l'objet, s'y sentir emprisonnée ou encore malmenée, voire maltraitée à cause de celui-ci. Pour regarder l'autre afin d'essayer de le voir au-delà de ce qu'il donne à voir mais également des sentiments qu'il suscite, ou des impressions qu'il donne, il conviendra régulièrement d'*ajuster sa paire de lunettes* et de l'ajuster encore, de prendre conscience des *filtres* qui peuvent altérer notre vision ou orienter le regard, et de s'assurer de leur pertinence, de leur utilité. Comment respecter l'autre sans le regarder ou si les filtres qui sont les nôtres nous empêchent de le voir au-delà des caractéristiques qu'il donne à voir ou que nous supposons être les siennes ? Ainsi, se vouloir respectueux de l'autre se fonde d'abord sur la considération pour l'humain que cet autre est et requiert ensuite cette volonté de le regarder, d'ajuster sa vision, de prendre conscience des filtres qui altèrent ou orientent cette vision, de le regarder à nouveau, et puis encore, afin de tenter, autant que faire se peut et au gré des rencontres et des situations, d'accueillir sa singularité. Dans cette rencontre d'humain à humain, il n'apparaît pas nécessaire que l'autre nous regarde pour regarder cet autre ; il n'est donc pas indispensable que l'autre fasse preuve de respect à notre égard pour vouloir résolument le respecter. De plus, l'autoritarisme autant que l'arrogance sont incompatibles avec le respect de l'humain. Aucune place ne saurait leur être laissée au sein de la logique soignante pour la simple raison qu'ils ne permettent pas de regarder l'humain en vue d'accueillir sa singularité avec l'intention sincère d'essayer de la prendre en compte à l'occasion de l'aide et des soins qu'il requiert.

Des limites qu'on ne saurait dépasser

L'humain a des limites. Voilà une assertion qui ne sera sans doute pas raisonnablement contestée. Ce que l'on nomme en philosophie la *finitude* de l'humain réside dans cette conscience d'avoir des limites et, dès lors, de ne pouvoir tout faire, tout réaliser. La conscience de ses propres limites d'humain conduit à l'*humilité* qui se révèle ainsi la marque d'un humain qui a pu, progressivement, se débarrasser d'une sotte ambition, celle de pouvoir dépasser ses limites et l'illusion de toute-puissance dont l'arrogance est la caractéristique. Ni dieu, ni héros, ni magicien, c'est bien parce que l'humain est humain qu'il ne peut *dépasser* ses limites, sauf à s'imaginer, tel un surhomme, pouvoir tout faire, tout réaliser. Si du fait même de son humanité l'humain ne peut dépasser ses limites, il est en mesure, en revanche, de tenter de les *déplacer*, de les repousser, parfois, de quelques millimètres, ce qui peut ne pas sembler beaucoup mais qui en certaines circonstances, modifie tout. Le langage courant nous montre avec quelle facilité nous pouvons oublier d'interroger nos limites en une situation donnée et, par là, manquer d'humilité. Le fait, par exemple, de s'exclamer « c'est un malade difficile »

semble bien indiquer que la difficulté réside chez le malade et que c'est de ce fait-là que la relation est perçue comme difficile. N'est-ce pourtant pas dans ce cas précis que le professionnel, conscient de ses limites, devrait déclarer : « J'ai de la difficulté avec le malade », ce qui, outre qu'il se montre plus conscient de ses limites, contribue à ne pas le stigmatiser en le plaçant dans la catégorie des « difficiles » ? Au fond, il est tout à fait normal pour un professionnel d'éprouver de la difficulté en telle ou telle situation et, dès lors, de pouvoir l'exprimer sans se considérer – ou être considéré – comme un mauvais professionnel mais sans que la personne avec laquelle il éprouve cette difficulté en soit stigmatisée.

C'est du fait de sa finitude que l'humain ne peut être capable de considérer, d'estimer, de respecter *spontanément* chacun ; cela ne va pas de soi, sauf à se bercer de l'illusion sans doute agréable mais combien superficielle de n'avoir pas de limites dans sa relation à l'autre. La considération que l'on a pour l'autre ne peut donc s'imposer à l'intime de la conscience de chacun ; mais une telle considération se travaille pour se montrer capable de repousser, petit à petit, ses propres limites et la spontanéité des sentiments qui en résulte.

C'est à partir d'un travail de considération pour l'humain, travail de considération mené dès le début de la formation dans toutes les filières composant les métiers de la santé et du social, que pourront évoluer, s'élever et se renouveler les pratiques professionnelles afin de les inscrire de manière plus permanente dans une perspective soignante. Il ne s'agit pas, par ce propos, de proposer une augmentation du volume d'enseignement des « sciences humaines ». Quels que soient le volume et les modalités pédagogiques, la considération pour l'humain dans la pratique quotidienne des soins procède, nécessairement, d'une prise de conscience personnelle et de l'implication, tout autant personnelle, de ceux qui ont choisi pour métier d'en donner. Cette prise de conscience et l'implication ont besoin d'être soutenues et accompagnées tant grâce à l'atmosphère d'un service, d'une structure que grâce à la présence et à l'implication d'un cadre de proximité.

Nous pensons ainsi, et même si la perspective peut sembler lointaine – *la durée ne détermine pas l'amorce du mouvement* –, que l'apaisement au sein des pratiques que requièrent l'accueil à la singularité de l'humain à qui l'on donne des soins et la prise en compte de ce qu'il vit dans sa situation particulière procèdent, fondamentalement, d'un patient travail de considération pour l'humain qui permettra progressivement – et nécessairement lentement – de réorienter les formations, les organisations ainsi que les manières d'être et de faire de chacun.

5 Logique de soins, logique soignante

Le *soin* et les *soins* ne sont pas des termes synonymes alors qu'ils sont régulièrement confondus. Le premier n'est pas le singulier du second, ils ont chacun leur signification propre. La pratique des soins n'inclut pas automatiquement la présence du soin. Depuis l'Antiquité pourtant, ce terme comporte deux sens, celui d'*être attentif*, de prendre soin, et celui de *donner des soins* ou de soigner¹. C'est ainsi que *les soins* désignent un ensemble d'actes ou de tâches qui ponctuent le quotidien des structures de soins, c'est-à-dire, plus largement, l'ensemble des activités qui s'y déroulent ; *le soin*, quant à lui, indique le souci que l'on a de la personne en tant qu'humain singulier, ce qui se traduit par lui porter une attention particulière, une attention qui se soucie de l'*être bien* de la personne, de ce qu'elle vit. S'il y a les soins, ceux que l'on fait ou ceux que l'on donne, c'est-à-dire ceux qui sont visibles, mesurables, monnayables et qui désignent autant d'actes et de gestes réalisés ou posés par les différents professionnels des soins, il existe également le soin, celui qui n'est ni acte, ni geste, qui ne s'achète ni se vend. Ce dernier peut sembler bien abstrait car les mots pour l'exprimer font parfois défaut ou se résument à des propos généraux.

Si les soins s'inscrivent dans l'exercice réglementé d'un métier et requièrent l'apprentissage de connaissances et d'habiletés techniques, voire de dextérités particulières, le soin quant à lui ne procède d'aucun métier car il relève d'une disposition de l'humain à l'endroit de l'humain. Il est, de ce fait, accessible à tout le monde quel que soit le métier exercé et quel que soit le niveau de technicité de la pratique. Il ne s'agit pas seulement d'une disposition de circonstance à l'endroit d'un autre car il est malade ou dépendant, mais d'une disposition à l'endroit de l'humain du simple fait que cet autre est humain – il peut s'agir ici tant de celui qui est malade que de celui qui ne l'est pas, tels les proches du malade ou les collègues de travail. Pour s'exprimer de manière sincère et cohérente, une telle disposition exprime, au fond, l'intérêt que porte un humain professionnel à l'humanité et donc à la dignité de tous les humains. La maladie et la dépendance n'apparaissent ainsi que comme des caractéristiques de circonstances qui justifient la rencontre avec cet autre mais qui, à elles seules, ne suffisent pas pour porter sincèrement et subtilement attention à l'humanité de cet autre, sauf à ne s'intéresser à ce dernier que pour son état, au risque de le réduire à celui-ci. Ces caractéristiques sont néanmoins déterminantes pour orienter les manières d'être et de faire des professionnels et aiguïser leur réflexion sur une éthique du quotidien des soins, car l'humain ainsi malade ou dépendant est affaibli

1 Leloup J.-Y., *Prendre soin de l'être*, Albin Michel, Paris, 1999.

par son état et court, de ce fait, un risque plus grand de fragilité, de vulnérabilité. C'est en présence de la faiblesse de l'autre, de sa fragilité, de sa vulnérabilité qu'il convient de redoubler de vigilance afin de faire preuve de délicatesse, de subtilité, de générosité pour ne pas atteindre cet autre dans sa dignité ; qu'il convient, également, de redoubler de prudence pour ne pas se laisser envahir par la tentation d'exercer sur cet autre une emprise fruit du pouvoir que confère si facilement mais si redoutablement le statut de professionnel de la santé, quelle que soit la hauteur de ce statut.

Les tiers dans la relation à l'humain

Si les structures de soins depuis leur origine ont toujours eu pour fonction d'accueillir l'humain indigent ou malade en vue de lui donner les soins requis par son état, cette relation à l'humain comportait néanmoins ce que nous pouvons nommer un *filtre* qui oriente et détourne le regard, et qui conduisait à ne lui accorder qu'une importance secondaire, l'intérêt principal – ou la finalité – étant justement constitué de ce filtre. Les deux filtres majeurs que nous retiendrons ici sont, dans leur ordre d'apparition, la *religion* et, ensuite, la *science*². La religion et la science peuvent ainsi être désignées comme des « tiers » qui ont été introduits dans la relation au malade et qui ont même justifié cette relation. C'est au nom de la religion d'abord que l'on s'est occupé de l'humain. Il s'agissait, par la création des premières structures de soins – les *Hôtels Dieu* – de plaire à Dieu ; de s'occuper du bien de l'humain certes mais dans le but de plaire à Dieu qui conférerait, ainsi, en référence à son nom, une autorité à ceux qui avaient opéré ce choix et qui leur dictait leurs conduites. Ensuite, à partir du *xix^e* siècle, la science s'est introduite dans les soins permettant, progressivement, la professionnalisation des pratiques. L'autorité des professionnels relevait ainsi de leurs connaissances qui, elles aussi, leur dictaient leurs conduites et justifiaient leurs manières d'être et de faire. Comme avec la religion, s'il s'agissait de s'occuper du bien de l'humain malade ou dépendant, il était question néanmoins d'être conforme à la science et, ainsi, de plaire aux règles de conduite édictées par la science, d'être conforme aux préceptes que cette dernière établissait, voire imposait. De la sorte, la manière de considérer le bien de l'humain était dépendante de l'autorité de référence, la religion ou la science, ou les deux réunies.

Deux brefs extraits nous permettent d'illustrer l'importance de ces deux « filtres ». L'un nous expose clairement ce qui a présidé à la création au *xv^e* siècle des prestigieux et bien connus Hospices de Beaune :

2 Nous ne mentionnons, ici, que deux « filtres » sans en oublier d'autres, tel l'argent par exemple, qui s'est introduit plus récemment comme tiers dans la relation de soin. Pour une compréhension plus complète de l'importance et de l'incidence des différents filtres et des valeurs qui en découlent, il peut être utile de se référer, entre autres, à l'article de Raymond Gueibe intitulé « L'interrogation des paradigmes dans le soin, une exigence éthique », in *Perspective soignante*, n° 33, décembre 2008, p. 6-30.

Moi, Nicolas Rolin, chevalier, citoyen d'Autun, seigneur d'Authume et chancelier de Bourgogne, en ce jour de dimanche, le 4 du mois d'août, en l'an de Seigneur 1443, dans l'intérêt de mon salut, désireux d'échanger contre des biens célestes, les biens temporels, je fonde, et dote irrévocablement en la ville de Beaune, un hôpital pour les pauvres malades, avec une chapelle, en l'honneur de Dieu et de sa glorieuse mère³.

L'autre extrait indique la rupture qui s'est produite au ^{xix}^e siècle avec la naissance de la médecine scientifique. On est ainsi passé d'une médecine tournée vers le malade, mais aux moyens limités et peu crédibles, à une médecine tournée vers la maladie, mais fondée sur la science et les moyens modernes que celle-ci a permis de créer. C'est ainsi que le médecin et historien Jean-Charles Sournia constatait :

Au cours de son histoire, la médecine n'a jamais connu de rupture aussi brutale que celle du début du ^{xix}^e siècle. En quelques décennies, la maladie devient autre, elle n'est plus objet de discours, mais d'observation matérielle. L'homme n'est plus un être exceptionnel, la vie qui l'anime est la même que celle de toutes les autres créatures vivantes et, de l'étude des animaux, on peut inférer au fonctionnement de la machine humaine⁴.

L'orientation que donna Claude Bernard, précurseur de cette médecine scientifique, était exprimée sans ambiguïté. Il précisait comme suit sa compréhension de la médecine expérimentale qui le conduisit à ne pas opérer de distinction entre le vivant et les objets qui composent la nature :

Ce que je veux, c'est fonder la médecine expérimentale en rendant scientifique la pratique qui n'est qu'empirique aujourd'hui. Pour cela, je prouve qu'on peut agir sur les corps vivants comme sur les corps bruts⁵.

Pour sa part, le médecin et philosophe français Georges Canguilhem a montré cette rupture introduite par la démarche de Claude Bernard et le désir de conquête d'une nouvelle forme de médecine :

Si l'histoire de la médecine conduit à rendre justice à Hippocrate, fondateur de la médecine d'observation, le souci de l'avenir prescrit à la médecine non pas de

3 Extrait du texte fondateur des Hospices de Beaune par Nicolas Rolin.

4 Sournia J.-Ch., *Histoire de la médecine et des médecins*, Larousse, Paris, 1991, p. 364.

5 Bernard C., *Principes de médecine expérimentale*, PUF, Paris, 1987.

*nier la médecine d'observation, mais de s'en séparer.
L'hippocratisme est un naturisme ; la médecine
d'observation est passive, contemplative, descriptive
comme une science naturelle. La médecine expérimentale
est une science conquérante⁶.*

Nous évoluons dans un contexte aux fondements historiques révélateurs et aux effets toujours bien présents. En effet, le regard porté sur l'humain malade est, du fait même de la présence de tiers, détourné par l'importance que revêtent ces derniers pour les structures de soins mais, également, pour chacun des professionnels qui y évoluent. Les tiers ainsi introduits ont occupé une place prépondérante conduisant le patient à devenir l'objet d'une pratique ou, de manière plus nuancée, le moyen de celle-ci. Un moyen dont la finalité réelle était le tiers et au nom duquel on agissait, la religion d'abord, la science ensuite ou, parfois également, les deux réunies.

Une telle pratique qui s'adresse à l'humain tout en regardant dans la direction du tiers ne manque pas pour autant de bienveillance à l'endroit même de cet humain mais celle-ci, pour s'exprimer pleinement, requerra du malade de se montrer conforme aux préceptes émis par ce tiers et qui donnent la légitimité à l'autorité du professionnel et à laquelle il convient dès lors de se soumettre. On comprend ainsi l'émergence de ce que l'on a nommé le *paternalisme* dans les soins, autoritaire, protecteur et parfois bienveillant, paternalisme dont il est bon de se rappeler qu'il est autant médical que paramédical. Sous des formes diverses, il a conduit, par exemple, les différents professionnels à apprécier les « bons malades » et à délaisser les autres ou à leur porter moins d'intérêt ou encore à qualifier certains patients de « difficiles » en opposition à ceux qui sont désignés comme « faciles » car plus soumis, moins contrariants ou moins rebelles vis-à-vis des décisions de soins et l'organisation de ceux-ci. Notons néanmoins et pour ne pas se méprendre que ni la religion ni la science n'empêchent l'accueil et la prise en compte de la singularité, toutes deux étant pleinement compatibles avec la prise en compte de l'humain singulier dans la pratique des soins, sauf lorsqu'elles détournent le regard porté sur cet humain à leur propre profit. Le professionnel devrait alors faire œuvre de réflexion et de vigilance pour ne pas réduire l'humain malade ou dépendant aux filtres qui sont présents et aux valeurs qu'ils véhiculent.

L'importance relative des soins et des soignants

De la présence de ces tiers et de l'importance qui leur est accordée découlent la logique de soins qui n'est pas centrée sur l'humain malade ou dépendant mais bien sur les soins que son état requiert. Pour difficile que cela puisse paraître, rappelons-nous, par exemple, que la médecine scientifique que nous connaissons actuellement n'est pas une médecine de l'homme et de la subjectivité mais une médecine du corps de l'homme et de l'objectivité. Or,

⁶ Canguilhem G., *L'idée de médecine expérimentale selon Claude Bernard*, in *Études d'histoire et de philosophie des sciences*, Vrin, Paris, 1968.

seule la prise en compte de la subjectivité permet de ne pas transformer le patient en objet. Et ajouter du relationnel sous toutes ses formes pour aborder un malade objetisé ne change rien à son objetisation initiale. Une telle objetisation explique l'immense difficulté que peuvent éprouver les professionnels lorsqu'ils tentent avec sincérité de donner toute sa place de sujet à l'humain malade ou dépendant. Celui-ci tente, parfois désespérément, d'exister, d'exister non comme objet ni même sujet de soins mais, *tout simplement*, comme le sujet de sa propre existence capable de continuer à dire « ma vie » et vivant, comme il le peut, ce qu'il a à vivre. Le désir de ces professionnels d'une pratique accueillante à la singularité et donc fondée sur la subjectivité est confronté à la logique dominante ancrée dans l'objectivité.

Si la prise de conscience de cette objetisation semble de plus en plus exprimée aujourd'hui, la voie de la subjectivation paraît néanmoins bien ardue à arpenter et la route sera longue.

La logique de soins indique cette centration sur les actes et les tâches avec la frénésie du faire qui l'anime. Cette centration sur les actes a induit une hiérarchisation des différents soins, certains étant considérés comme importants alors que d'autres ne le seraient pas. De cette hiérarchisation des soins découle une hiérarchisation de ceux qui les donnent. Certains professionnels, selon le type d'actes qu'ils posent et le secteur dans lequel ils exercent leur métier, bénéficient ainsi d'une considération plus grande – ou se l'auto-attribuent... Le vocabulaire professionnel récent est à ce titre révélateur lorsqu'il est question de « pratiques avancées », ce que certains traduisent parfois par « tirer la profession vers le haut ». Peut-être s'agit-il de maladresses sémantiques ? Celles-ci donnent néanmoins à entendre qu'une pratique serait en avance ou plus élevée qu'une autre, ce qui renvoie à l'idée – si prompte à surgir – que certaines pratiques seraient en retard, situées à un niveau plus bas que d'autres, retardées par rapport à celles qui sont qualifiées d'avancées. Comment le professionnel qui n'exerce pas une pratique dite avancée serait-il considéré à l'avenir et pourra-t-il se sentir gratifié dans un univers où le prestige des uns et la performance technoscientifique des autres précèdent parfois avec une déconcertante facilité la pertinence humaine des actions ?

Cette hiérarchisation des actes, cette manière de nommer certaines pratiques et certains professionnels n'induisent-elles pas en erreur sur la nature profonde d'une pratique résolument soignante, c'est-à-dire résolument tournée vers le bien et, dès lors, fondée sur la quête de compréhension de la situation de l'autre et la prise en compte de ce qui est important pour lui ? Une telle pratique est celle de l'intelligence du singulier et de la sensibilité, de l'humilité, de la délicatesse et de la générosité qu'elle nécessite et qui l'imprègnent. Elle n'empêche nullement le recours aux techniques les plus sophistiquées mais ne se réduit pas à ces techniques et à l'étonnant prestige – voire l'arrogance – qui les accompagne parfois. Comment une préoccupation d'éthique du quotidien des soins pourrait-elle favoriser cette hiérarchisation qui conduit à opérer des tris, à établir des catégorisations qui, si elles peuvent concerner l'organisation des pratiques, ne concernent pas la personne malade et ce qui est ressenti comme important par elle ?

En effet, dès lors que l'on regarde résolument vers l'humain et non vers les actes que requiert son état, on se rend aisément compte qu'il n'existe pas de petits ou de grands actes de soins, il n'y a que des soins qui prennent de l'importance pour l'humain auquel ils se destinent. De ce fait, il n'existe pas de petits ou de grands professionnels de soins. Il n'y a que des professionnels qui prennent de l'importance en une situation singulière. Ce ne sont ni la qualification, ni le statut, ni la nature des actes posés, si sophistiqués ou impressionnants soient-ils, qui déterminent l'importance d'un professionnel et des soins qu'il donne ou des actes qu'il pose. L'importance de chaque professionnel autant que celle du contenu de sa pratique ne sont que relatives car soumises à l'importance que l'humain malade ou dépendant leur accorde. Il n'existe pas de petits ou de grands actes de soins car chacun de ceux-ci s'inscrit dans la manière particulière qu'un humain a de vivre ce qu'il a à vivre lorsqu'il requiert des soins. Que d'erreurs d'appréciation ne sont-elles pas commises en gratifiant certains actes et en banalisant, voire en méprisant, certains autres ! Le professionnalisme du professionnel ne réside pourtant pas dans la nature des actes qu'il pose mais dans l'intelligence du singulier dont il peut les imprégner. Lorsque certains étudiants ou professionnels déclarent leur dédain, voire leur mépris, pour les soins dits de base, ont-ils seulement pris conscience que les actes en tant que tels ne se substituent pas à la singularité de l'humain, aux questionnements qui sont les siens et à la manière personnelle qu'il a de vivre ce qu'il a à vivre ? Ont-ils pris conscience de l'intelligence du singulier dont il faut être capable pour, par exemple, procéder à la toilette d'un malade ou encore le changer lorsqu'il est incontinent sans l'humilier ? Ont-ils pris conscience que c'est en particulier dans ce type de situation que leur délicatesse est la plus requise, que leur professionnalisme est le plus sollicité et que la considération qu'ils ont pour l'humain et l'estime qu'ils portent à son irréductible dignité sont le plus mises à l'épreuve ? C'est ainsi que déconsidérer quelques soins que ce soient conduit à déconsidérer l'humain à qui ces soins se destinent. Comment bien traiter l'humain lorsque les soins qu'il requiert sont hiérarchisés, les uns étant gratifiés et donc perçus comme gratifiants, les autres étant déconsidérés et donc perçus comme disqualifiants ?

Hiérarchiser les soins, des plus sophistiqués aux plus anodins, hiérarchiser les professionnels, des plus prestigieux aux moins qualifiés, c'est accorder aux uns comme aux autres une importance de principe mais une importance qu'ils n'ont pas dans le concret d'une existence car extérieure à l'humain malade ou dépendant qui, seul, peut apprécier ce qui prend vraiment de l'importance pour lui dans la situation particulière dans laquelle il se trouve. C'est, également, ouvrir la voie à l'arrogance ou la renforcer, arrogance qui ne permet pas de respecter l'humain et, dès lors, d'inscrire sa pratique professionnelle dans la perspective d'une attention particulière et bienveillante à l'autre, dans la perspective du souci sincère de l'autre en vue de le bien traiter.

Qu'est-ce que la logique soignante ?

Lorsqu'au sein d'un service ou d'une structure, on conçoit l'activité comme un ensemble d'actes qui sont autant de soins à faire ou à donner, l'organisation qui en découle, l'évaluation de ce qui s'y fait ainsi que les comportements professionnels seront conformes à cette idée de la pratique qui sera, dès lors, essentiellement centrée sur les différentes tâches à effectuer. Une telle compréhension de la pratique et la centration sur la tâche qui la caractérise et qu'elle induit ne sont pas propices à une relation singulière et conduisent, le plus souvent, à une *frénésie du faire*. S'il est aisé de justifier cette centration sur les actes et gestes de soins – et donc de justifier la frénésie qui s'en dégage parfois – en énonçant de nombreux impératifs et arguments qui tous se rejoignent pour mettre en avant une des facettes de la qualité des soins et de l'efficacité du système dans les multiples aspects qui les composent –, observons néanmoins qu'il s'agit d'une pratique des soins et non d'une pratique soignante. L'une ne procède pas de la même logique que l'autre. En effet, la *logique de soins* est centrée sur le *faire* et l'excellence autant que la performance de ce qui est à faire alors que la *logique soignante*, sans négliger l'excellence de ce qu'il y a à faire, conduit le professionnel à regarder résolument du côté de l'humain en ayant pour cible le bien de cet autre, en ayant pour perspective de l'aider à vivre ce qu'il a à vivre dans la quête de bonheur à nulle autre pareille qui est la sienne. Le médecin Alain Froment, constatant la distinction de visée et de pratique entre la médecine technoscientifique et la médecine soignante, définit cette dernière de la manière suivante :

Le médecin soignant se caractérise par la priorité absolue qu'il donne constamment au bien du soigné concret qui se confie à lui. Cette constance d'intention traduit chez les médecins soignants un engagement personnel beaucoup plus profond que chez ceux qui peuvent, par exemple, en situation de soins, se comporter en chercheur ou en soignant, selon les circonstances⁷.

La logique soignante, si elle comprend les soins qui doivent être réalisés et le souci de qualité qui y est indubitablement associé, s'inscrit néanmoins dans une autre perspective, celle de l'humain singulier et de la prise en compte du mieux possible de cette singularité, ce qui requiert une relation singulière de soin et la sensibilité autant que la subtilité et la bienveillance des professionnels qui s'y impliquent. De la sorte, si la logique de soins conduit à une centration sur la tâche et à une certaine *frénésie*, la logique soignante, quant à elle, est marquée par la *subtilité* de la relation et l'*atmosphère apaisante* qu'elle induit et qu'elle requiert.

7 Froment A., *Pour une rencontre soignante*, op. cit. p. 12.

De la complexité à la subtilité

En effet, seules la subtilité dans la relation et la bienveillance qui s'y exprime et s'y déploie permettent d'accueillir et de tenter de prendre en compte la singularité d'une situation. La *subtilité* indique ce qui est fin, ce qui est délié et témoigne d'une certaine vivacité de l'esprit, du sens de la finesse dans le rapport à l'autre. La *bienveillance*, pour sa part, indique que l'on veille à ce qui est bien, que l'on est en veille pour ce qui est ou pourrait être bien dans le rapport à cet autre. La bienveillance s'inscrit dans une disposition à l'endroit de l'humain et est animée du souci sincère de l'autre. C'est de bien faire dont il est question, ce qui n'équivaut pas à se laisser faire. L'enveloppe de la bienveillance est celle de la délicatesse, du raffinement, qui permet, avec tact, de témoigner l'intérêt que l'on porte à l'autre. Ni la naïveté, ni la tentation d'exercer une emprise sur l'autre ne sont compatibles avec la bienveillance.

C'est la bienveillance qui permet une vigilance éthique par laquelle nous ne cherchons pas à stigmatiser l'autre pour ce que nous n'aimons pas chez lui, dans ses comportements. C'est la bienveillance, également, qui conduit dans les rapports humains, notamment dans les propos tenus, à ne pas chercher à dégoûter les autres – ses collègues par exemple – de ce que nous n'aimons pas.

Une telle subtilité et une telle bienveillance ne sauraient néanmoins consister à vouloir « faire du relationnel » pour en imprégner des soins qui sont également à *faire* ou à y ajouter, telle une prescription au cas par cas, une dose de « relation d'aide ». C'est parce que l'humain est un être de relation que l'on ne se présente pas à lui avec l'intention de « faire du relationnel » ou d'y dérouler une « relation d'aide ». C'est d'être *en relation* avec un humain dont il s'agit à l'occasion des soins qu'il requiert, ce qui conduit le professionnel à *prendre soin de la relation* en toutes circonstances, c'est-à-dire à porter à cette relation une attention particulière quelle que soit la situation pour que ses manières d'être et de faire de professionnel en relation avec cet humain se révèlent pertinentes, aidantes, bienfaisantes. Le dualisme si fréquent entre corps et esprit apparaît indéfendable dans une relation à l'autre soucieuse de singularité. La logique soignante, en effet, ne procède pas d'une forme de morcellement de l'humain qui conduirait à en séparer telle partie ou tel élément pour tenter de les relier ensuite car, dans la logique soignante, chacun des soins donnés ou des actes posés s'inscrit dans une relation pensée pour une aide singulière et bienfaisante en une situation particulière. C'est de la complexité de l'humain dont il est ici question. Cette complexité est parfois oubliée ou ignorée, ce qui ne modifie en rien la réalité de sa présence.

En effet, l'humain par nature est un être complexe qui, du fait même de cette complexité intrinsèque, ne peut sans réagir ou sans souffrir se soumettre à ce qui ne prend pas de sens pour lui ainsi qu'à toute tentative de maîtrise ou de déni de la singularité de son existence. La complexité indique ce qui est tissé ensemble, ce qui implique que l'on ne peut séparer les éléments qui sont ainsi tissés sans risquer de les dénaturer. On ne

peut les disjoindre pour en prendre une partie et en délaisser les autres car aucune partie n'existe en tant que telle, n'existe à l'état pur, chacune étant reliée aux autres. La complexité d'un humain singulier est ainsi caractérisée par un ensemble d'éléments tissés ensemble et qui s'enchevêtrent, une multitude de facteurs, plus ou moins récents, plus ou moins identifiés, plus ou moins explicites et plus ou moins exprimés qui se conjuguent pour ensemble constituer une histoire, des désirs, des projets, des attentes mais aussi des rejets, des fantasmes, des non-dits, voire des secrets et qui déterminent une personnalité, qui signent une singularité. Aucune partie, aucun élément n'est dissociable du tout qui est et qui constitue la singularité de chaque humain.

La globalité et son illusion de totalité

Dès lors, la prise en compte de cette complexité singulière et à nulle autre pareille se révèle incompatible avec une logique de *disjonction* qui conduit à séparer des éléments inséparables tout en essayant de les relier ensuite. Incompatible, également, avec une intention de *globalité* et l'illusion de totalité qu'elle procure. En effet, la disjonction sépare l'inséparable pour tenter ensuite de relier – de réparer – ce qui a été préalablement séparé. Une telle disjonction peut procurer un sentiment d'efficacité mais dont le prix à payer par l'humain aura été la mise entre parenthèses momentanée ou durable de sa singularité, ce qui n'est pas sans incidences sur la manière qu'il a de se sentir considéré et ainsi de se comporter. La globalité quant à elle, si souvent associée à l'étrange expression qu'est la *prise en charge globale* de l'autre, s'offre pour horizon l'illusion démesurée mais également déraisonnable d'embrasser la totalité de cet autre, voire de le comprendre complètement, et de s'imaginer ainsi pouvoir prendre en compte le tout qu'il constitue. Or, ce qui est global ne donne aucune indication sur les particularités qui composent une situation et ne permet donc que de rester à la surface des choses car un regard global ne permet d'apercevoir que les pourtours d'un ensemble, d'identifier les généralités superficielles qui se présentent au regard sans permettre néanmoins de repérer, au-delà de ce qui se donne à voir, les particularités qui sont et qui font la singularité de cet autre et dont l'oubli peut conduire à ne pas le respecter ni à le bien traiter. La relation singulière de soin ne consiste donc pas à vouloir *prendre* cette personne *en charge* tel un poids que les professionnels se proposeraient de porter en vue de la conduire, grâce à sa passivité ou à sa « compliance », d'un endroit ou d'un état à un autre. Elle ne consiste pas non plus à prétendre prendre en compte sa *globalité* car l'illusion de totalité que procure cette globalité ne permet qu'un regard superficiel ne pouvant aller au-delà de la surface de ce qui est ainsi regardé. Il s'agit alors de renoncer à vouloir *prendre en charge globalement* cet humain pour lui laisser toute la possibilité d'exister dans sa relation aux professionnels, et de permettre à ces derniers de se donner plus de possibilités pour en apercevoir les particularités afin de les prendre en compte du mieux possible dans leur démarche professionnelle.

De la complexité à l'incertitude

La complexité qui est, qui fait, qui signe la singularité de l'humain concret peut se révéler, à bien des égards, contrariante et déroutante car elle ne peut que nous conduire à renoncer humblement à en vouloir une compréhension *claire, nette et précise*. Et comment se montrer opérationnel face à ce que nous ne pouvons appréhender de manière claire, nette et précise ? Et comment accepter que nous ne puissions tout comprendre de cet autre alors que nous lui posons tant de questions précises auxquelles nous attendons des réponses tout aussi précises ? Froment, à nouveau, nous fait part de son expérience :

Je ne pense pas que le respect de l'intimité du soigné m'autorise à lui demander un récit de sa vie. Ce récit peut sans doute donner l'impression de mieux comprendre mais [...] prétendre connaître, et a fortiori, comprendre le vécu d'une personne est une dangereuse illusion dont il vaut mieux se garder. Pour cette raison, j'évite le terme d'écoute empathique – largement en usage –, à moins qu'il soit clair que l'empathie ne prétend en aucun cas signifier qu'on peut connaître la souffrance du soigné⁸.

Dès lors, la prise en compte de cette complexité intrinsèque à chaque situation requiert des professionnels capables d'accepter cette forme d'incertitude quant à qui est et ce que désire l'autre ; des professionnels, également, soucieux de relier les éléments entre eux en vue de les intégrer lors des différentes composantes de la pratique des soins. Si à l'évidence tant notre environnement social que les formations qui conduisent aux métiers de la santé ne favorisent pas en première intention la capacité de penser et d'agir dans la complexité, c'est-à-dire la capacité de penser et d'agir sans disjoindre ni globaliser, observons néanmoins que l'on peut y être sensibilisé, notamment au sein d'une équipe professionnelle et par des formations tournées, par exemple, vers la réflexion sur une éthique du quotidien des soins et, par là, s'y préparer. C'est ainsi que la pleine prise de conscience de cette complexité singulière agit sur les comportements professionnels et oriente la pratique. En effet, la pleine prise de conscience de la complexité singulière de chaque humain conduit à l'humilité, ce qui écarte toute velléité de maîtrise de l'autre et empêche toute illusion d'en comprendre tous les aspects. Finalement, cela restreint toute forme d'arrogance et de polémique de préséance entre professionnels quels que soient les qualifications et les statuts. C'est également cette conscience de la complexité qui empêche toute hiérarchisation des situations humaines, quelles que soient la nature et l'importance des soins, car il n'existe pas de situations de soins plus ou moins complexes, chacune d'elles recélant intrinsèquement une

⁸ Froment A., *Pour une rencontre soignante* op. cit. p. 51.

complexité propre et à nulle autre pareille. Elle rend également incongrue toute manière d'apprécier et de comparer le courage des uns ou de déplorer la faiblesse des autres face à la maladie ou en regard de la manière qu'a chacun de vivre ce qu'il a à vivre dès lors que son état requiert des soins. On le voit, c'est de cette prise de conscience de la complexité singulière de chaque humain dans le concret de sa situation, de la nécessité d'accueillir et de prendre en compte sa singularité, et de le respecter en vue d'essayer de le bien traiter, que découle l'importance d'une relation singulière de soin.

De la subtilité à l'intelligence du singulier

De ce fait, prendre en compte cette singularité de manière concrète au cœur même des situations de soins requiert de faire preuve d'une subtile *intelligence de l'humain singulier* en vue d'identifier ce qui est *important pour lui*, ce qui peut le soulager ou lui apporter un peu de bonheur, de repérer les craintes ou les peurs qui sont les siennes, de détecter les causes de tel ou tel comportement, de décoder les messages qu'il adresse autant que ses silences, ses non-dits ou ses réserves. Sous-estimer l'importance de ce qui se vit au profit même de l'importance des actes requis, c'est ajouter de la souffrance à la souffrance ou risquer de la faire déborder. En effet, lorsque des soins sont nécessaires, la souffrance humaine est présente ou tellement proche qu'elle peut surgir à tout moment car c'est de la souffrance de la personne dont il s'agit qui, si elle peut inclure l'éventuelle douleur ressentie, ne saurait se réduire à celle-ci. La souffrance n'est pas la douleur. La souffrance surgit ou s'installe lorsque le poids de ce qu'il y a à porter devient trop lourd. Des épaules robustes peuvent porter – *supporter* – un poids conséquent alors que des épaules frêles risquent de se sentir écrasées, parfois anéanties, par l'ajout d'un poids qui peut sembler insignifiant au regard extérieur. Il n'existe ainsi aucune comparaison possible entre les situations et la souffrance qui y est associée car le poids de ce qui est porté ne peut être apprécié, senti, que par celui qui le porte. Aucune appréciation ne peut ainsi être portée sur le courage des uns ou la faiblesse des autres. Aucune leçon de courage n'est ni à tirer ni à donner car, face à la maladie ou à la dépendance, chacun réagit avec ce qu'il est et chacun fait ce qu'il peut. C'est de ce qu'un humain vit dont il est question, de même que de la manière singulière qu'il tente de vivre ce qu'il a à vivre, qu'il tente de faire face à ce qui lui arrive, aux craintes, voire peurs, qui sont les siennes, au désespoir qui peut être le sien et qui se partage de manière parfois si profonde avec les proches. La romancière Muriel Barbery nous semble exprimer avec justesse ce qui touche et transforme les existences :

Lorsque la maladie entre dans un foyer, elle ne s'empare pas seulement d'un corps mais tisse entre les cœurs une sombre toile où s'ensevelit l'espoir⁹.

9 Barbery M., *L'élégance du hérisson*, Gallimard, Paris, 2006, p. 84.

Qui pourrait prétendre en ce contexte particulier donner une appréciation sur la manière qu'a l'autre de faire face à la maladie et à la mort ? L'action des différents professionnels de la santé s'inscrit chaque fois dans une relation humaine où une vie singulière se présente à eux sous l'angle de la maladie, de la souffrance, de l'appréhension de ce qui pourrait advenir, c'est-à-dire sous l'angle d'une personne affaiblie et qui présente un risque accru de fragilité, de vulnérabilité, et qui vit ce qui lui arrive de manière particulière, particulière comme l'est sa trajectoire de vie. S'intéresser à la souffrance de l'autre, porter attention à ce qui se vit dans cette situation humaine ordinaire mais néanmoins exceptionnelle, c'est chercher à atténuer ce poids ou, plus subtilement, veiller à ne pas en rajouter. Se soucier de ce qui fait souci pour l'autre, c'est chercher à repérer ce qui le préoccupe – *ou parfois l'occupe entièrement* – pour essayer d'atténuer le poids de ce souci, pour essayer de ne pas le laisser avec ses incertitudes, les inquiétudes qui en résultent et la souffrance qu'elles peuvent générer. C'est en cela que le professionnel peut essayer d'apporter un peu de bonheur à cet autre, qu'il peut contribuer, souvent modestement, parfois de manière apparemment insignifiante, à le rendre un peu moins malheureux de la situation dans laquelle il se trouve, du poids qui en résulte et que lui seul peut apprécier.

Sans même évoquer une quelconque forme de maltraitance, on a déjà vu que l'humain, malgré les soins qu'il requiert, n'est pas réductible à un objet ni même à un sujet de soins. Il est et reste un humain qui vit de manière personnelle un événement dont la gravité et la durée, au fond, importent peu, mais un événement propice à l'incertitude voire à l'inquiétude et qui le conduit à avoir recours au système et aux professionnels de soins. Il en deviendra parfois définitivement dépendant. C'est ainsi que la nature des soins, sans en nier l'importance, est néanmoins secondaire. Regarder du côté des soins et des actes et gestes qui les composent pour parfois en hiérarchiser l'importance, c'est risquer de ne pas voir la personne à qui ces soins se destinent. Ce qui est important pour l'un n'est-il pas, parfois, perçu comme infiniment dérisoire par l'autre ? Regarder dans une direction n'équivaut pas à ignorer ce qui l'entoure mais indique la cible et, dès lors, le désir premier de l'action. Cela conduit le professionnel, nous le verrons plus loin, à ne pas négliger de *prendre soin de son désir* pour s'assurer de ne pas se tromper de cible.

La question de la santé

Les cadres de santé encadrent et côtoient des professionnels de la santé. La question même de la santé est ainsi centrale tant dans l'exercice de la fonction que dans la pratique des différents professionnels car, au-delà d'agir de manière générale pour la santé des personnes, elle détermine la visée réelle de leurs actions. Néanmoins, une telle question se trouve fréquemment emprisonnée dans une représentation assez restrictive issue de la forme de confusion qui s'est installée entre santé de la personne et savoirs biomédicaux. Si les savoirs biomédicaux permettent de nommer une pathologie, une maladie après l'avoir objectivée, autorisant de la sorte les

professionnels à dire ce que la personne *a*, cela ne les autorise néanmoins pas à dire qui la personne *est*. C'est ainsi que l'humain n'est pas la maladie qu'il a. Rappelons, de la sorte, qu'il ne suffit pas d'*avoir un diabète pour être diabétique* ni d'*avoir une paraplégie pour être paraplégique*. L'humain malade ne se réduit pas à sa maladie et ne se confond pas avec celle-ci.

La santé d'une personne en l'existence qui est la sienne ne peut être que la santé de cette personne-là, une personne nécessairement singulière qui mène une existence qui lui est particulière. La santé d'une personne n'est donc pas réductible aux règles, aux savoirs et aux définitions des professionnels, même ceux que l'on nomme dans notre société des professionnels de la santé. La médecine et l'ensemble des savoirs auxquels ont recours les professionnels de la santé ne sont donc pas des finalités mais des moyens au service d'une finalité qu'est la santé. Ces moyens permettent, pour reprendre la jolie formulation de Jean-François Malherbe, « d'aider les humains à vivre le corps qu'ils sont en dépit des vicissitudes du corps qu'ils ont¹⁰. » Nous pouvons traduire avec d'autres termes cette intention qui consiste à *utiliser les moyens de la médecine en vue d'aider la personne à trouver ou retrouver belle allure sur le chemin qui est le sien*. Pour les professionnels, la vigilance est de mise afin de ne pas oublier ou d'ignorer que les moyens ne sont que des moyens et qu'il ne devrait, dès lors, y avoir aucune confusion entre médecine et santé, sauf à réduire cette dernière aux normes édictées par les professionnels mêmes de la santé.

Cette confusion est néanmoins répandue et c'est ainsi que certains professionnels peuvent se bercer de l'illusion, du fait de leurs connaissances et de leur statut, mais aussi du fait de leurs croyances et de leurs peurs personnelles, qu'ils savent mieux que la personne ce qui est important pour sa santé – *non seulement l'état d'un organe ou d'une fonction* – et qui, de ce fait, décident pour elle – ou sont tentés de le faire – ce qui est bon et ce qui ne l'est pas, ce qui doit être fait et ce qui ne le peut pas. Bien des recommandations sont ainsi formulées sur le ton de l'injonction ou sont accompagnées plus ou moins explicitement de reproches aux effets culpabilisants qui témoignent, en fait, d'un intérêt plus marqué pour les savoirs professionnels que pour la personne à laquelle le professionnel s'adresse. Bien sûr, il est des situations où il faut momentanément ou durablement décider pour l'autre ce qui est bon ou ce qui semble le meilleur. De telles situations, si elles veulent éloigner le risque de malfeasance, devraient être caractérisées par une *vigilance soignante* particulièrement marquée afin de s'assurer de la prééminence du respect de cet autre et de la prise en compte de sa dignité d'humain, quel que soit son état.

La clinique soignante : chercher ce qui convient

C'est parce que les savoirs et techniques de la médecine ne sont que des moyens que la logique soignante s'inscrit à la fois dans l'incertitude de l'autre et dans la nécessité de chercher ce qui convient. *La logique soignante requiert ainsi des professionnels chercheurs et capables de créer en situation ce qui*

10 Malherbe J-F., *Autonomie et prévention* op. cit.

convient aux personnes qu'elle concerne. Le terme « chercheur » n'indique pas ici une fonction de recherche académique tournée vers la production de savoirs scientifiques mais bien, humblement, la position du professionnel qui, conscient de son incertitude de qui est l'autre, accepte de chercher au mieux et au plus près de sa situation ce qui lui conviendrait. C'est ce que nous pouvons nommer une pratique de *clinique soignante*. La clinique soignante procède ainsi fondamentalement d'une démarche de *co-création* et s'inscrit dans un espace de souplesse marqué par la réciprocité, celle qui permet ce *mouvement vers l'autre mais aussi de l'autre à soi*. Son intention première est celle de créer avec la personne – *au chevet de celle-ci* – l'aide à vivre qui lui convient en conjuguant les ressources en présence et en s'attelant à une compréhension la plus fine possible du sens que prend pour elle ce qui lui arrive, ce qu'elle vit ainsi que les désirs qui l'animent ou pourraient l'animer. Une telle création est celle qui, à l'instar de la signification première du verbe danser, consiste pour les personnes en présence à *se mouvoir, de-ci, de-là*. Pour illustrer cette métaphore, Évelyne Guittard, professionnelle de la santé, exposait, à l'occasion d'une conférence, le parallèle qu'elle établit entre le tango argentin qu'elle pratique et l'intervention en santé communautaire qu'elle enseigne. Elle expose ainsi :

Aborder la relation soignante en termes de danse en couple, c'est tout d'abord accepter de nous laisser interpeller par l'autre, d'accepter de nous « dé-placer ». Ce changement de place nous permet de nous interroger sur la place que nous occupons, celle d'où l'on parle, d'où l'on pense, d'où l'on croit savoir, celle de nos préjugés théoriques issus de notre culture professionnelle. Apprendre à danser dans la relation soignante, c'est apprendre à céder le pas à l'autre pour qu'il nous guide et nous conduise vers la reconnaissance de ses ressources, de ses besoins, de ses vulnérabilités. Qu'il nous apprenne à observer et à analyser, mais aussi à participer, à regarder et à sentir comment il s'inscrit dans son histoire, dans sa culture et celles de sa communauté d'appartenance. C'est alors seulement que nous sommes prêts à pratiquer une danse où chacun va réactualiser ses compétences et les mettre à profit du mouvement, de la dynamique et de la chorégraphie de ce que nous appelons la santé¹¹.

Se mouvoir de-ci, de-là, ce n'est pas aller « n'importe où » ; c'est aller ensemble au gré des manifestations, au gré des occasions, du sens qui

11 Guittard E., *La danse sociale*, conférence au Forum Senior, Montreux (Suisse), le 24 avril 1999.

émerge, des possibilités qui s'ouvrent ou des chemins qui se délaissent. Il s'agit de chercher avec l'autre ce qui lui convient comme aide à vivre et de l'accompagner dans ce cheminement, dans cette création d'un avenir sensé, désirable, compatible avec sa situation.

Définir la fonction soignante

De ce qui précède, tant en termes de santé de l'humain que de la logique soignante qui permet de chercher avec cet humain ce qui convient à sa situation, nous pouvons tenter ici de définir la fonction soignante. Nous choisissons de la définir de manière identique mais en ayant recours à trois formulations différentes ; chacune exprime la même intention mais avec des mots différents. Nous proposons ces définitions pour une équipe nécessairement pluriprofessionnelle car son contenu ne pourrait réellement se réaliser dans toute sa portée, ni de manière isolée, ni au sein d'un seul groupe professionnel :

L'équipe soignante a pour fonction de tenter d'aider une personne à trouver ou retrouver belle allure sur le chemin qui est le sien.

L'équipe soignante a pour fonction de tenter d'aider une personne à se créer un mode de vie porteur de sens pour elle et compatible avec sa situation, et ce quels que soient son affection et l'état de son corps.

L'équipe soignante a pour fonction de tenter d'aider une personne à vivre le corps qu'elle est en dépit des vicissitudes du corps qu'elle a¹².

Observons la présence du verbe « tenter » qui indique qu'il ne peut, chaque fois, s'agir que d'une tentative. Oublier cette tentative pourrait conduire à vouloir s'obstiner. Or, quelle que soit la qualification, une telle tentative n'offre aucune garantie de compétence en regard de la singularité d'une situation. Il s'agit donc de tenter et, le cas échéant, de constater qu'un autre membre de l'équipe parviendra peut-être mieux à « faire ce bout de chemin avec l'autre ». N'est-ce pas un signe de compétence que de constater et d'accepter son incompétence en une situation donnée ?

Aussi, après l'extraordinaire développement technoscientifique et l'intérêt marqué pour la santé financière des structures, le système de soins nous apparaît aujourd'hui, plus que jamais, confronté au défi de la prise en compte de la singularité de l'humain en vue de le respecter et de le bien traiter. Malgré toutes les démarches entreprises mais, également, malgré toutes les difficultés présentes plus propices parfois au découragement qu'à l'espoir, fonder la pratique des soins sur une logique soignante, c'est résolument fonder cette pratique et donc tout le système sur la considération que l'on a pour l'humain, tant celui qui requiert des soins que celui qui a choisi pour métier d'en donner. Aussi, pour que les *soins* qui sont réalisés ou donnés s'inscrivent dans le souci de la singularité de la personne à laquelle ils se destinent, il s'agit de les imprégner de *soin*. Pour

12 En référence à la citation de J.-F. Malherbe mentionnée un peu plus haut.

faire évoluer la logique de soins vers une logique soignante, il s'agit donc de réfléchir aux multiples éléments qui permettraient de *mettre plus de soin dans les soins*.

Et mettre plus de soin dans les soins, porter plus d'attention particulière à la singularité de la personne à qui ils se destinent, se montrer soucieux dans la quotidienneté des pratiques de ce qui la soucie, tout cela ne va pas de soi. C'est pour cette raison que les professionnels qui, jour après jour, donnent des soins en étant ainsi confrontés à la complexité de chaque humain ont besoin de la présence d'un cadre de proximité afin d'être accompagnés, soutenus et encadrés pour ne pas courir le risque de se perdre, de se sentir livrés à eux-mêmes voire de s'épuiser dans cette relation de soin et les exigences qu'elle contient.

6 La singularité en projet

Ce sont la nature du *regard particulier* porté sur l'autre, l'*accueil de sa singularité* et l'*intelligence du singulier* qu'elle invite à déployer pour *prendre en compte* cette singularité qui justifient l'importance que nous accordons à la *relation singulière de soin*. C'est la complexité même de cette relation singulière de soin à laquelle aucune théorie ne peut se substituer et qu'aucun protocole ne peut prédéterminer qui nécessite qu'elle soit *encadrée* en vue d'être *accompagnée* car le soignant vit, lui aussi, ce qu'il a à vivre de manière particulière au contact de chacune de ces singularités et en vue de l'*organiser* et d'essayer, par là, quotidiennement, de la favoriser, de la faciliter.

Comme nous l'avons déjà mentionné, la pertinence humaine de la pratique quotidienne des soins nécessite d'accueillir la singularité de cet autre et de faire preuve d'une *vigilance* permettant aux professionnels de détecter des signes, des manifestations qui expriment ou tentent d'exprimer quelque chose de cette manière singulière qu'a un humain de vivre ce qu'il a à vivre, de la satisfaction qu'il ressent, de la difficulté qu'il éprouve ou des craintes, voire des peurs, qui l'animent. Cette vigilance du professionnel est fondée sur la sensibilité dont il peut imprégner sa pratique, une sensibilité dont l'expression délicate ne se confond pas avec une sensiblerie aux effets parfois envahissants. Une telle sensibilité permet cette intelligence du singulier et est animée de ce fait d'une intention précise, celle de détecter, de décoder ce qui est perçu comme important par cet autre, dans la situation qui est la sienne et tout au long de la relation avec lui. C'est cette vigilance qui caractérise une éthique du quotidien des soins car elle confronte à l'incertitude de l'autre et conduit le professionnel à être en veille pour le bien en vue d'essayer de bien traiter cet autre. Négliger ou oublier ou encore ne pas favoriser cet accueil et cette vigilance augmente le risque de ne pas percevoir, de ne pas apercevoir ce qui est important pour cet autre tout en procurant parfois la conviction, l'illusion, que tout est bien car tout est bien mis en œuvre et conforme à ce qui a été décidé ainsi qu'aux bonnes pratiques de référence. Cet accueil et cette vigilance, même partagés par les membres d'une équipe, peuvent se révéler fatigants, parfois éprouvants ; c'est en cela qu'ils requièrent d'être soutenus, accompagnés et encadrés par un cadre de proximité. C'est cet accueil à la singularité et la vigilance à ce que vit cet autre qui indique l'importance d'une relation singulière.

Une relation singulière

La relation singulière de soin indique qu'un lien singulier relie chacun des différents professionnels à la personne à qui se destinent leurs pratiques de soins. Un tel lien témoigne de l'importance réelle et concrète que l'on

accorde à la singularité de la personne, quelles que soient la nature et la fréquence des soins qui lui seront donnés. La relation singulière n'est pas une relation solitaire et, pour éviter un morcellement des pratiques que l'on pourrait être tenté de justifier au nom de cette relation singulière, requiert une cohérence d'équipe elle-même fondée sur le désir de chacun de travailler ensemble et de regarder dans la même direction, celle du bien de l'humain pour qui les différentes formes de soins sont mises en œuvre. Elle procède ainsi de la volonté de chacun des professionnels de repérer, d'identifier en vue de l'accueillir et de la prendre en compte, la singularité de la personne dans la situation particulière qui est la sienne, et de mettre en partage au sein d'une équipe ce que le regard de chacun a ainsi pu observer et percevoir. Animée par le désir de prendre en compte la singularité de la personne, la relation singulière de soin se veut résolument tournée vers les particularités de cet autre et ce qui est perçu comme important par lui. C'est pour cette raison que la relation singulière de soin permet à la pratique professionnelle d'évoluer d'une *logique de soins* centrée sur les actes vers une *logique soignante* tournée vers l'humain singulier. Elle se présente ainsi comme la condition du *prendre soin* de la personne car sans la relation singulière et la complémentarité effective et cohérente de chacun des membres d'une équipe, l'attention particulière et respectueuse que l'on veut porter à l'humain malade ou dépendant en vue de le bien traiter se trouve entravée, voire empêchée. De ce fait, si l'attachement au *prendre soin* est volontiers proclamé au sein des structures, il convient néanmoins de s'assurer d'une concordance suffisante et crédible entre la logique annoncée et la mise en œuvre concrète des pratiques. En effet, la confusion entre la logique de soins fondée sur les actes et la frénésie du faire qui s'y rattache et la logique soignante ancrée dans la subtilité et l'apaisement qu'elle requiert met, rapidement, en exergue l'incohérence entre les pratiques et les discours tenus à leurs propos. Il en résulte un malentendu tant organisationnel que relationnel source d'incompréhensions et de dysfonctionnements aux effets néfastes pour chacun.

De la perspective de la pratique à l'ambition professionnelle

Dès lors, pourquoi un tel intérêt pour cette relation singulière alors que la possibilité même en semble entravée par la frénésie du faire et la centration sur la tâche que l'on observe de manière encore si répandue au sein des structures de soins ? Car, outre le respect de la personne soignée dont elle se veut le vecteur, elle propose aux professionnels eux-mêmes une autre perspective à leur pratique qui leur ouvre la voie à une autre *ambition professionnelle*, celle qui permet de *passer de la pratique des soins à une pratique soignante*. Rendre accessible cette autre perspective qui fonde et autorise une autre ambition professionnelle ne serait-ce pas, en fin de compte, l'expression de la volonté des responsables de tous niveaux de s'interroger et d'agir en vue de prendre en compte les exigences d'une pratique résolument plus pertinente, sans qu'il soit certain qu'elle se révèle moins performante, et

la subtile réalité qui la caractérise ? Chercher à comprendre cette réalité, c'est vouloir aller au-delà d'une certaine fatalité et au-delà, également, des représentations répandues et souvent caricaturales des métiers et des pratiques afin de prendre en compte concrètement dans les diverses décisions, et sans malentendus, les exigences associées à une telle pratique. Cette pratique, quelle que soit l'orientation qu'on lui donne consciemment ou non, confronte les professionnels, jour après jour et en chaque situation, à la complexité humaine et aux façons parfois troublantes, déroutantes, dérangeantes que peut avoir un humain concret de s'exprimer pour tenter de dire quelque chose d'une souffrance parfois indicible ou pour essayer d'exister au-delà des soins qu'il requiert. Comment, en l'absence d'une telle prise en compte concrète, une éthique du quotidien des soins et non seulement une éthique de principe pourrait-elle se déployer dans le souci de bien traiter l'humain ? En effet, ignorer ou négliger qu'une pratique qui se veut respectueuse et bien traitante n'est pas réductible aux actes et aux gestes qui la composent, c'est ignorer ou négliger les exigences mêmes d'un métier dont on se plaît, pourtant, à proclamer l'humanité. Il peut arriver que, par ignorance, par habitude et manque de réflexion ou encore par les effets d'une forme de connivence accommodante et complaisante, ce métier soit conçu par ceux-là même qui l'exercent comme un métier d'actes et de gestes de soins. Il ne s'agit là, néanmoins, que d'une illusion qui ne résistera pas à l'épreuve du temps car elle ne modifie en rien la réalité à laquelle tous ces professionnels sont confrontés : *l'humain concret qui requiert des soins n'est pas réductible à ces soins et veut exister ou tenter d'exister malgré ceux-ci*. Et il manifesterà de plus en plus souvent et de plus en plus intensément sa volonté d'exister et que ne soit mise à mal sa dignité.

Il serait inexact et, à vrai dire, injuste d'ignorer la préoccupation que représente la notion même de respect au sein du système de soins et, de la sorte, de sous-estimer les démarches entreprises pour qu'il imprègne davantage les pratiques. Néanmoins, au-delà des intentions qui s'expriment et s'affichent et au-delà des initiatives et réalisations concrètes prises pour réorienter la pratique ou développer des vigilances, a-t-on suffisamment pris toute la mesure de ce qu'impliquent en termes de posture professionnelle, de formation, de management des équipes et d'organisation de la pratique les exigences associées au respect de l'humain malade ou dépendant et à la prise en compte de sa dignité en vue de le bien traiter ? A-t-on, ainsi, suffisamment conscience, au-delà de ce qui semble si souvent bien entendu, du fait que le fondement même de la pratique médicale et paramédicale et, par voie de conséquence, celui du système et des structures de soins, n'est pas l'humain singulier mais bien les soins qu'il requiert ? Et pourtant, l'attention particulière portée à l'humain singulier n'y manque pas ! La bonne volonté et la générosité ne sont pas absentes des structures mais se heurtent à une logique plus soucieuse de performance que de pertinence. Ce n'est donc pas tant une question d'intention des professionnels que du système qui les dépasse. Mais leur intention autant que leur attention s'inscrivent à contre-courant de ce fondement, dans une espèce de mouvement de rattrapage par lequel l'humain professionnel se rappelle comme il peut,

et lorsqu'il ne se laisse pas envahir par la frénésie du faire, que c'est chaque fois à un humain singulier qu'il s'adresse et que celui-ci n'est pas réductible aux soins que son état requiert. Un tel mouvement de rattrapage qui conduit à aller à contre-courant est par nature d'abord fatigant pour ensuite devenir épuisant. Il peut générer des comportements qui « font mal » envers soi et envers les autres, conduire à la démission symbolique ou de fonction, conduire, également, à une frénésie du faire renforcée dont le systématisme est protecteur mais ravageur. Ravageur pour celui qui reçoit des soins et qui pourrait s'en trouver banalisé. Ravageur également pour celui qui les donne, en particulier lorsque ce dernier, le plus souvent dans la solitude de sa conscience, réalise que son ambition professionnelle se trouve limitée, voire emprisonnée, car contenue dans les actes et les gestes qui composent les soins, le rendant ainsi opérateur d'une pratique et non acteur de celle-ci. En effet, *pour le professionnel dont l'intention soignante est explicite, une pratique centrée sur les actes et gestes de soins ne peut que procurer une satisfaction momentanée*. Son plaisir professionnel en sera ainsi très vite limité car le regard porté sur les soins le détourne de celui porté sur l'humain, ne permettant pas à son *désir soignant* de se réaliser. D'une pratique soignante à laquelle il a aspiré et de l'intelligence du singulier subtile qu'elle requiert autant que de l'autonomie professionnelle qu'elle permet et la créativité qu'elle suscite, ce professionnel se retrouve, happé par un système mais également conforme à celui-ci, à faire et à donner quotidiennement des soins qui ne manquent ni de rigueur ni de bienveillance mais dont la logique soignante semble bien absente.

Quelle compréhension de la pratique des soins ?

Au-delà de ce qui pourrait sembler évident, accueillir et prendre en compte la singularité de l'humain et, dès lors, inscrire la pratique professionnelle dans une relation singulière de soin ne va pas de soi. En effet, le contexte organisationnel n'y est pas nécessairement propice et en outre, les cultures professionnelles des différents métiers conduisent parfois à des pratiques individualistes, voire isolées requérant, en bien des cas, beaucoup d'énergie en vue de les rendre complémentaires et cohérentes. C'est pour cette raison qu'au sein d'un établissement ou d'un service, et plus largement pour l'ensemble du système, privilégier et développer la relation singulière de soin dépend de la *compréhension* que l'on y a de la pratique des soins dans leurs différentes déclinaisons ainsi que de l'*ambition* des professionnels pour l'exercice de leur métier.

La compréhension reflète ainsi l'idée que l'on se fait de la nature même de l'activité professionnelle qui consiste à donner tous les jours des soins aux humains qui en requièrent. Cette compréhension n'est pas identique selon que l'on conçoit les soins comme la *finalité* de la pratique ou comme un *moyen* dont la finalité serait l'humain auquel ils se destinent. C'est de l'idée que l'on se fait de la pratique des soins que découlent leurs modalités de financement, d'organisation et d'évaluation ainsi que les politiques de recrutement et de formations tant initiales que permanentes.

L'ambition, quant à elle, désigne le désir plus ou moins intense, l'appétit plus ou moins grand qui anime le professionnel dans l'exercice de son métier. C'est ainsi qu'une ambition animée par le désir de *faire des soins* à l'humain ne procède pas du même désir qu'est celui de *prendre soin* de ce même humain tout en lui prodiguant avec qualité les soins qui doivent l'être. Si ces deux types d'ambition ne sont pas incompatibles entre eux, ils ne s'inscrivent néanmoins pas dans la même logique car ils ne conduisent pas le professionnel à regarder dans la même direction : l'une est celle des soins et l'autre est celle de l'humain qui les requiert. Le désir ne peut être que personnel et son intensité dépend de facteurs bien plus nombreux que les seules caractéristiques du milieu professionnel. Néanmoins, ce désir peut être suscité, éveillé, animé, élevé, conforté et nourri – mais également anesthésié – par les différents éléments qui caractérisent une ambiance professionnelle. La compréhension comme l'ambition ne sont pas figées à condition, néanmoins, d'être disposé à les interpeller, à prendre le temps de les observer en vue de les penser – c'est-à-dire *les peser, les soupeser* – pour, le cas échéant, les préciser, les affiner, les réorienter. À condition, également, de percevoir la possibilité de les faire évoluer, ce qui n'est pas étranger à l'atmosphère enchantée ou désenchantée qui se diffuse en un lieu donné.

Les théories ne pensent pas

C'est de la compréhension même de la pratique au sein d'une structure et du désir qu'ont les professionnels de cheminer en vue de la privilégier et de la développer que dépend la relation singulière de soin. Ne nous méprenons cependant pas. Œuvrer à une autre compréhension de la pratique permettant d'évoluer d'une logique de soins à une logique soignante ne consiste pas à adopter une conception de soins en vue de placer cette pratique dans un cadre conceptuel et de demander à chacun de s'y référer. Les résultats en sont le plus souvent décevants. En effet, ce n'est pas de poser des concepts ni de contraindre chacun à se référer à une théorie de soins dont il est question car les concepts et les théories sont des objets et, à ce titre, *ne pensent pas*. Si les concepts et théories peuvent éclairer le cheminement de la pensée, ils ne se substituent pas à celle-ci sauf si le professionnel s'y confond et s'y soumet, ce qui n'est pas compatible avec l'intelligence du singulier que le professionnalisme requiert. De même qu'il ne suffit pas d'étudier la philosophie pour devenir philosophe ni de se familiariser avec les sciences humaines pour devenir humaniste, il ne saurait suffire de se référer aux théories de soins pour devenir soignant. Comme le précise Léon Cassiers :

Les théories de l'humain, si brillantes soient-elles, pèchent toujours tôt ou tard par leur effort de cohérence rationnelle qui risque si souvent de les conduire hors de la vie réelle. L'homme et la femme ordinaires suivent leur cohérence affective, qui, loin d'être sotté, répond à une

logique intuitive du vécu dont les règles sont tout aussi intelligentes, mais simplement plus difficiles à dégager selon les canons savants¹.

Si les conceptions et théories ne manquent pas d'utilité, la compréhension de la logique soignante ne saurait néanmoins se limiter à celles-ci car une telle compréhension ne se décrète pas et ne se transmet pas, elle se *travaille*. C'est d'un travail de réflexion et du cheminement qui le caractérise dont il est question, réflexion sur la considération que l'on a pour l'humain et sur l'importance que l'on accorde à la vie humaine. C'est grâce à ce travail, au gré de ce cheminement, que pourront être influencées tant les modalités organisationnelles que les manières d'être et de faire de chacun. Un tel travail s'inscrit dans une atmosphère professionnelle qui inspire confiance et qui est propice, dès lors, au désir de cheminer et, de ce fait, à la capacité d'accepter de transgresser ses certitudes autant que ses habitudes. Il requiert, également, de la patience car chacun ne peut cheminer qu'à son rythme, ce qui nécessite une relation de proximité avec les membres d'une équipe et la singularité de chacun en vue de progresser de proche en proche et, ainsi, de soutenir et d'encadrer la démarche entreprise. On le voit, la condition de la relation singulière de soin réside tant dans la posture de chacun des professionnels, qui détermine leurs manières d'être et de faire, que dans l'atmosphère qui se dégage du contexte professionnel dans lequel ils évoluent, et que dans la capacité que l'on a d'y accompagner, de manière *proximale*, au cœur de la pratique, le cheminement de ceux qui ont choisi pour métier de donner des soins.

Une préoccupation récurrente

La préoccupation d'une relation singulière de soin que nous exprimons ici n'est ni nouvelle ni le fruit d'une forme de dérive récente du système de soins. Le constat qui est le nôtre et la préoccupation qui en découle étaient déjà ceux qui conduisirent en 1975 Simone Veil, alors ministre de la Santé en France, à créer au sein des équipes de direction une nouvelle fonction, un nouveau corps professionnel qui fut appelé à l'origine les « infirmiers généraux » devenu aujourd'hui les « directeurs de soins ». L'intention qui a présidé à la création de ce nouveau corps professionnel s'exprimait sans équivoque dans l'interview qu'elle donna à cette occasion :

Il appartiendra aux infirmières générales dont je me réjouis d'avoir officialisé l'existence et d'avoir affirmé le rôle dans l'équipe de direction, de veiller à ce que chaque infirmière puisse exercer pleinement toutes ses responsabilités au sein des équipes soignantes. La relation malade-infirmière partout rétablie dans toute sa portée

1 Cassiers L., *Ni ange, ni bête* – op. cit. p. 381.

devrait reprendre son sens au grand bénéfice de l'un comme de l'autre².

Les propos et décisions de Simone Veil en 1975 nous donnent une précieuse indication historique : déjà à cette époque, qui peut sembler lointaine aujourd'hui, la relation au malade n'était pas satisfaisante et nécessitait, au sommet de la hiérarchie des établissements, d'être affirmée et encadrée afin d'être restituée dans les pratiques du quotidien pour le plus *grand bénéfice de l'un comme de l'autre*. Néanmoins, en observant les faits, la compréhension de cette intention ne s'est-elle pas traduite par l'introduction d'un nouvel échelon hiérarchique d'organisation du quotidien des soins sans véritablement pouvoir, malgré le niveau de cette fonction, influencer sur l'orientation même de la pratique ? L'intention, à la fois soucieuse du malade et des professionnels, ne s'est-elle pas ainsi dissoute dans la fonction et les préoccupations organisationnelles autant que hiérarchiques qui y sont associées ? Quel écho a-t-elle pu trouver auprès des instances de décisions des structures au-delà de ces seuls aspects organisationnels et hiérarchiques ?

Constatons aujourd'hui, malgré l'implication d'un certain nombre de ces directeurs de soins pour promouvoir une logique soignante au-delà de la seule logique de soins, que les résultats ne permettent pas de considérer que l'œuvre est accomplie. Il serait trop simple et réducteur de leur en imputer la cause, la « machine » semble parfois dépasser ou inhiber les meilleures bonnes volontés. Mais le constat est là et il n'est pas certain qu'il n'aboutisse pas à une forme de fatalisme que pourrait exprimer cette interrogation : *devant la tâche immense d'organiser les soins, d'en concilier les logiques et d'y intégrer les contraintes, n'essaye-t-on pas de trop considérer l'humain qui, de surcroît, se montre de plus en plus « exigeant » ?* Pour illustrer cette interrogation qui n'est pas fictive et le fatalisme ou le type de considération pour l'humain dont elle est issue, relatons les propos par lesquels une infirmière coordonnatrice générale des soins d'un hôpital universitaire nous interpellait récemment en nous posant la question : *dans le contexte actuel, le prendre soin du malade n'est-il pas devenu désuet ?*

Désuet, le terme n'est pas anodin. Cette question sur la désuétude de l'attention particulière portée à la personne malade émanant d'une directrice des soins n'indique peut-être pas la conviction de cette responsable mais témoigne, à tout le moins, de ses hésitations, voire de son désenchantement, ce qui ne devrait pas être sans incidences sur l'orientation quelle donnera à l'ensemble de ses actes de gestion et d'organisation ainsi que sur l'intensité du désir qu'elle aura d'œuvrer pour la relation singulière de soin. Nous pouvons également observer que l'interrogation de cette infirmière directrice des soins sur l'éventuelle *désuétude du prendre soin du malade* est particulièrement éloignée de la préoccupation et des décisions de Simone Veil il y a près de quarante ans.

2 Veil S., Éditorial, *Gestions Hospitalières*, n° 143-144, février-mars 1975, p. 118-119.

Un défi et un impératif

La relation singulière de soin ne relève pas d'une époque révolue dont on pourrait déplorer la disparition. La place dévolue à l'humain dans un système qui se veut respectueux et bien traitant ainsi que la place que l'humain lui-même veut occuper dans les décisions et pratiques de soins qui toutes, rappelons-le, *le concernent directement*, nous indiquent que cette relation singulière est autant un défi qu'un impératif du futur. Au-delà de cet impératif et de ce défi, constatons qu'il s'agit également de l'aspiration d'un certain nombre de professionnels tant médicaux que paramédicaux. Le terrain n'est donc ni inculte ni vierge d'intentions. En effet, ne sous-estimons pas qu'un nombre croissant de professionnels, sans distinction de statut, mais également d'étudiants, est conscient de la nécessité de faire évoluer le système de soins pour qu'une place plus grande – *avant même que d'être prépondérante* – y soit laissée à l'humain singulier. Parmi ces professionnels, si certains se disent désabusés, voire déboussolés, nombreux sont néanmoins ceux qui, en fin de compte, ne savent pas très bien comment s'y prendre pour faire avancer, *un peu*, le système vers ce plus d'humanité. Que de professionnels médicaux, paramédicaux, gestionnaires nous sont ainsi apparus esseulés autant que désolés mais résignés, parfois convaincus que la *machine* ne pourrait être arrêtée ni même réorientée ! Nombre d'étudiants médicaux ou paramédicaux s'étonnent ainsi de ce qu'ils observent et s'interrogent sur les manières d'être et de faire qu'ils tenteront d'adopter pour exercer autrement leur pratique. L'espoir des uns et des autres dans un futur plus agréable et apaisant n'est cependant pas à réduire à néant. Peut-être, dès lors, qu'en chaque lieu où des soins se donnent, il pourrait être fécond et réjouissant de repérer, en vue de s'en rapprocher, ceux dont la conscience de la nécessité d'une autre pratique ne demande qu'à se révéler ? C'est bien d'une relation de proximité dont il est ici question afin de ne pas se sentir esseulé et de percevoir qu'il est possible modestement – *mais peut-il en être autrement en ce domaine ?* – de progresser concrètement. Si des discours généraux peuvent parfois rassurer quant à une intention et une tonalité d'ensemble voulue par une équipe de direction par exemple, ils ne peuvent se substituer à ce maillage que permet la relation de proximité et à la confiance qui peut en résulter.

Élaborer ensemble de la pensée en vue d'ensemble agir

Ne s'agit-il pas, dès lors, en vue de progresser dans ce qui se présente comme *le projet de la relation singulière de soin*, d'aller au-delà des représentations caricaturales des fonctions des uns et des autres et des *a priori*, voire des crispations, qui en résultent bien souvent en vue de se rapprocher de ceux qui n'attendent peut-être qu'un signe ou une initiative ? De s'en rapprocher dans le but de débattre de la finalité que représente l'humain qui requiert des soins et de ce que cela implique pour celui qui a choisi pour métier d'en donner ? Débattre consiste à mettre en discussion ce qui nous concerne,

c'est-à-dire *avoir recours à la parole pour élaborer ensemble de la pensée en vue d'agir ensemble*. Comme nous le verrons au plus loin³, le débat requiert le désir de débattre et donc d'accepter le risque de fissurer ses certitudes ou de faire évoluer des représentations parfois bien ancrées. Le débat ne requiert pas un décret national ni même une autorisation locale car il peut débiter dès lors que quelques personnes qui en ont le *désir* décident de se réunir pour ensemble élaborer de la pensée en vue de tenter ensemble d'agir, d'agir sur ce qui dépend d'elles, ce qui ne sera sans doute pas sans incidences sur ce qui n'en dépend pas. C'est en effet là où quelques professionnels se réunissent au nom de la prise en compte de la singularité de l'humain dans la pratique des soins qu'une *atmosphère d'accueil à cette singularité* peut se développer et, progressivement, imprégner les pratiques, puis les en imprégner davantage et se diffuser. Il en résulte quelques chances supplémentaires pour que cet humain singulier qui requiert des soins puisse exister non comme sujet de soins mais *sujet de sa propre existence*, confronté qu'il est à une situation dont la gravité importe peu – *c'est de lui dont il s'agit* – mais qu'il vit de manière particulière et, à ce titre, à nulle autre pareille. Les progrès significatifs d'accueil à la singularité ne procèdent pas de grandes déclarations d'intentions mais bien de ce qui se réalise modestement en un lieu donné au sein duquel un nombre suffisant mais pas nécessairement important de professionnels s'est donné l'autorisation de cheminer en vue de progresser, pas après pas, vers une prise en compte concrète de la singularité de l'humain dans leur pratique du quotidien. De tels progrès ne témoignent-ils pas du désir de ces professionnels d'*élever leur ambition au sein de leur pratique afin que celle-ci se révèle plus subtile que systématique* ? Lorsqu'il est animé lui-même par une telle ambition pour la pratique quotidienne des soins, le cadre de santé de proximité occupe une place de choix pour éveiller et susciter une telle ambition auprès des professionnels qu'il côtoie et pour initier ou plus simplement pour proposer, accompagner et faciliter l'indispensable culture du débat qu'elle requiert.

Le projet d'une autre pratique

Le terme « projet » indique une notion de projection qui comporte de manière fondamentale une phase d'identification de ce qu'il apparaît désirable de réaliser ensemble. Il ne s'agit pas par là de seulement identifier et nommer un horizon désirable à atteindre – *ou plus exactement duquel on souhaite se rapprocher* – mais également de préciser une direction dans laquelle s'inscrit l'action quotidienne, une tonalité que l'on souhaite voir imprégner la pratique de chacun ou encore une saveur que l'on espère voir s'en dégager. Un projet n'est pas un acte anodin car sa mise en œuvre oriente les pratiques et les manières d'être et de faire de chacun. Fondé sur des valeurs, il exprime ce qui est important aux yeux de ceux qui souhaitent donner vie à ce projet. Un projet n'est donc pas un programme ou un plan d'actions ; il ne se résume pas à des aspects concrets et opérationnels

3 Les conditions du débat que nous avons identifiées sont présentées au chapitre 8.

aisément et rapidement observables et mesurables. Un projet requiert de l'audace et une prise de risque car il s'apparente pour partie à une *utopie*, c'est-à-dire l'autorisation que des professionnels se donnent d'explorer des futurs possibles pour en identifier celui qui est le plus désirable tout en étant raisonnablement réalisable.

Le projet réside en l'espoir qu'un autre futur est possible. Il requiert une atmosphère *enchantée* propice à un *élan* et non morose ou *désenchantée*, propice à la *fatalité*. Un élan qui conduit au refus de se résigner pour essayer de progresser. Cette atmosphère enchantée et l'élan qu'elle permet peuvent sembler s'inscrire à contre-courant de notre époque contemporaine. N'est-ce pas oublier que le futur n'est pas écrit ? N'est-ce pas oublier que les organisations – tel le système de soins – sont composées d'humains et que ce qui s'y passe est bel et bien des productions d'humains et, à ce titre, modifiables par la volonté des humains ? Comme le rappelait en 1957 Joseph Wrisinski, fondateur du mouvement ATD Quart-monde : « La misère est l'œuvre des hommes, seuls les hommes peuvent la détruire. »

Le passé ne détermine pas le futur

Les difficultés rencontrées au sein du système de soins ne sont pas des fatalités intangibles mais bien des productions d'humains et, à ce titre, modifiables, pouvant être réorientées par ces mêmes humains. Le futur n'est pas écrit et ne découle pas, par une forme d'automatisme, de l'histoire que nous livre le passé. La conviction qu'une réorientation est possible et le désir d'agir pour cette réorientation, donc de se vouloir acteur de celle-ci, constituent, à nos yeux, les plus puissants moyens pour ne pas se laisser entraîner par les flots de la fatalité et le désenchantement qu'elle génère. En regard de cette fatalité, le philosophe Karl Popper, dans un livre intitulé *La leçon de ce siècle* et paru à la fin du ^{xx}e siècle, dénonce la tentation de ne rester que spectateur devant ce que nous nommons si souvent « le sens de l'histoire ». L'auteur s'y inscrit fermement en faux contre l'*historicisme* qui prétend appréhender le futur, déterminer l'avenir à partir de connaissances historiques. C'est ainsi que Karl Popper nous livre sans détour sa conviction :

L'historicisme est une erreur de bout en bout. L'historiciste voit l'histoire comme une sorte de cours d'eau, comme un fleuve qui coule, et il se croit capable de prévoir où passera l'eau. L'historiciste pense être très intelligent ; il voit l'eau qui coule et imagine pouvoir prédire l'avenir. Cette attitude est, sur le plan moral, totalement erronée. On peut étudier l'histoire autant qu'on le veut, mais cette idée du fleuve n'est rien qu'une métaphore et n'a rien à voir avec la réalité. On peut étudier ce qui a été, mais ce qui a été est terminé, et à partir de là, nous ne sommes pas en mesure de prévoir quoi que ce soit, de suivre le courant ; nous devons simplement agir et tâcher de rendre

les choses meilleures. Le moment présent est celui où finit l'histoire, et nous ne sommes absolument pas capables de regarder l'avenir en pensant pouvoir le prédire grâce au courant. Et nous ne pouvons pas non plus dire : « j'ai toujours su que le fleuve passerait là »⁴.

En substance, la mise en garde de Karl Popper sur cette question est que le futur ne se subit pas – *ce qui ne veut pas dire que le futur ne se prépare pas* – et que s'inscrire dans « le sens de l'histoire », c'est suivre le courant plutôt que de produire des œuvres de valeur dans le temps présent. C'est bien d'une œuvre dont il est question, une œuvre commune qui témoigne que des humains s'interrogent sur le bien commun, sur le sens de ce qu'il est bien d'avoir en commun au sein de pratiques professionnelles soignantes qui visent au bien de l'humain qui requiert des soins. S'interroger sur le bien commun n'est pas compatible avec l'arrogance des uns, le goût pour la polémique et le rejet systématique de ce qui pourrait contrarier ou atténuer la zone d'influence et la sphère de pouvoir des autres. C'est d'humains sincèrement soucieux de ce bien commun dont il est question pour élaborer et donner vie au projet de la relation singulière de soin.

Nous associons cette mise en garde à une invitation, celle de l'utopie qui peut se définir comme *ce pays qui n'a pas encore de lieu*. De ce fait, l'utopie, si souvent mal comprise et encore fréquemment rejetée ou « moquée » par les partisans ou les consommateurs de solutions aux effets immédiats, est une invitation à être chacun, aujourd'hui, les penseurs, les créateurs, les bâtisseurs de *ce pays qui n'a pas encore de lieu* pour justement essayer de lui trouver et de lui donner un lieu, et dont nous pourrions, demain, apercevoir et apprécier les pourtours, voire les œuvres concrètes. S'autoriser l'utopie, être auteur et vecteur d'utopies, ce n'est pas fuir la réalité, ce n'est pas théoriser sur de savantes considérations ni se lamenter sur un certain nombre de désillusions. S'autoriser l'utopie, comme le rappelle le philosophe français Paul Ricœur, c'est *oser explorer des futurs possibles*⁵. Pour que demain soit différent, ne faut-il pas commencer par rêver d'un autre futur en se souvenant que pour constater un jour qu'un rêve s'est réalisé, il a bien fallu, au préalable, se mettre à rêver ?

Penser le soin qui peut être mis dans les soins

Pour que demain le système de soins soit davantage soignant, pour qu'il se montre imprégné du soin qui se dégage du rapport entre les humains qui y évoluent, pour qu'il soit véritablement propice à un agir sensé, source de plaisir, pour qu'il soit fondé sur la capacité des différents professionnels, sans distinction aucune de qualification, de statut ou de fonction, de penser la dimension soignante des multiples gestes et actes qu'ils posent, que pouvons-nous entreprendre dès aujourd'hui de plus concret et de

4 Popper, K., *La leçon de ce siècle*, Anatolia, Paris, 1993, p. 82-83.

5 Ricœur, P., *Idéologie et utopie*, Seuil, Paris, 1997.

plus fécond que de nous octroyer le temps de nous arrêter pour dialoguer en vue de penser le soin, de penser nos actions dans une perspective soignante ? Ce temps n'est pas nécessairement celui du chronomètre, il est avant tout celui de l'intériorité. Soyons néanmoins vigilants pour que nos travaux d'aujourd'hui en vue de préparer un autre demain ne nous fassent pas sombrer de Charybde en Scylla, ne nous fassent pas quitter les risques du tourbillon et de la tempête pour nous faire échouer sur le rocher et la falaise. Le risque est celui de la confusion : c'est bien de penser le soin dont il est question et pas d'organiser et d'ajuster les rapports de force au sein du système de soins !

Penser le soin requiert de faire preuve d'humilité. C'est cette humilité qui conduit, par exemple, à constater que personne n'est propriétaire du soin car il concerne absolument chacun. Personne ne peut donc être tenu à l'écart d'une réflexion sur le soin et des actions qui en découlent. Ceci implique, en contrepartie, que personne, quel que soit son statut, ne peut se sentir étranger au soin. En guise d'illustration, il s'agit que les infirmières et les infirmiers ne puissent pas se sentir davantage *en charge* du soin que leurs collègues qui composent les équipes pluri-professionnelles. Bien que cela soit encore répandu, il ne peut ainsi être considéré que le médecin pourrait s'affranchir de questionner la dimension soignante de sa pratique en abandonnant cette dimension aux infirmières et infirmiers ou aux psychologues, aux psychiatres, aux travailleurs sociaux, etc., qui devraient compenser les effets d'une pratique médicale parfois plus soucieuse de la maladie que du malade. Le soin ne saurait être confié aux uns et ignoré des autres ; il ne saurait non plus être capturé par les uns pour être interdit aux autres, y compris au nom de l'identité professionnelle. La croyance selon laquelle l'infirmière se doit d'aller auprès du patient après le passage du médecin pour expliquer à ce même patient le contenu du discours médical est assez troublante. Y aurait-il donc une parole savante distincte d'une parole soignante ? La première pourrait-elle s'abstenir de penser qu'elle s'adresse à un sujet et la seconde pourrait-elle renoncer de se référer aux savoirs de tous ordres ? Que cette parole se doive d'être répétée ou explicitée par des interlocuteurs et à des moments différents n'enlève rien au fait de la vouloir soignante, quel que soit le statut de celui qui la prononce. Cette séparation entre une parole savante et une parole soignante est incompatible avec le soin car une telle parole concerne chaque fois un humain concret dont la sensibilité est exacerbée et qui vit ce qu'il a à vivre dans la situation qui est la sienne. Le soin interpelle ainsi la pratique de chaque professionnel. Aucun ne peut être mis à distance et aucun ne peut en rester en retrait. De la sorte, ne perdons pas de vue que chacun, de la place qu'il occupe, dans les lieux où il évolue et avec les moyens qui sont les siens a la possibilité de poser des actes, aussi modestes soient-ils, qui peuvent se révéler nourriciers d'une plus grande atmosphère soignante.

La relation singulière de soin offre ainsi aux cadres de proximité une double possibilité de donner du relief à leur fonction et d'en orienter le sens : *la relation proximale* avec tous les humains qu'elle concerne et *la dynamique*

de projet dont l'utilité sociale peut être soulignée. Les priorités dévolues à cette fonction de proximité peuvent dès lors être établies et les actions qui en découlent se décliner tant en termes de manières d'être et de faire dans l'exercice de leur autorité que pour ce qui concerne le management de l'équipe, la formation de stagiaires et du personnel ainsi que les activités de développement.

C'est parce que l'excellence des soins qui sont donnés ne saurait suffire à ce que l'humain malade ou dépendant se sente bien traité que la pratique quotidienne des soins – *et donc des différents professionnels qui les donnent* – requiert d'être encadrée de manière proximale en vue d'être organisée et accompagnée. En effet, prendre en compte la singularité de chaque humain au sein d'une pratique qui concerne directement sa santé, son corps, ses projets, ses espoirs, soit *tout simplement sa vie*, ne va pas de soi. Si cela ne va pas de soi, ce n'est pas par manque de volonté et de capacité des professionnels, si qualifiés soient-ils, mais bien parce que leurs différentes formes de pratiques les confrontent en permanence à la complexité singulière de l'humain, un humain qui, quelle que soit la gravité de son affection, se trouve atteint dans sa vie, dans son corps. Un humain, comme le souligne Alain Froment, que la maladie confronte à « un type particulier de malheur dans l'existence humaine¹ » et qui vit, comme il le peut, ce qu'il a à vivre. Un humain à qui la maladie rappelle qu'il est mortel. Un humain dont la souffrance se diffuse, parfois de manière si discrète, à ceux qui l'aiment et qui l'entourent qu'elle pourrait passer inaperçue, ne trouvant pas, chez ce dernier, de mots pour s'exprimer.

Sous-estimer les exigences relationnelles de subtilité, de sensibilité, d'humilité et de générosité associées à l'accueil de cette complexité singulière qui s'exprime au cœur de la maladie ou de la dépendance au profit d'une performance opérationnelle et organisationnelle, c'est sous-estimer la réalité concrète des métiers soignants lorsque ceux-ci sont sincèrement exercés avec le souci de ce qui soucie l'autre et du bien qui peut lui être apporté. Sous-estimer ces exigences c'est réduire les métiers soignants à des métiers de soins, les réduire à leur dimension technique alors qu'il s'agit fondamentalement de métiers de la relation à l'humain, une relation qui comporte, bien entendu, une part technique qui ne peut être sous-estimée mais dont la portée réelle est, à chaque fois, limitée par l'humain même sur lequel elle s'exerce. Sous-estimer ces exigences conduit à livrer les professionnels à eux-mêmes face à l'incertitude de qui est l'autre et conduit, ainsi, à accroître le risque de manquer de pertinence dans l'action. Cela peut accroître, également, le risque de négliger l'humain, ce qui n'est pas sans incidence sur la capacité de le respecter, ou sur la capacité d'identifier finement et de prendre en compte ce qui est important pour lui, c'est-à-dire, dans le fond, sur la capacité quotidienne des professionnels de le « bien traiter » et d'essayer de lui apporter un peu de bonheur. *Les professionnels qui prodiguent des soins ont ainsi besoin d'être accompagnés au plus près de ce qui se*

1 Froment A., *Pour une rencontre soignante*, op. cit. p. 16.

vit dans leur quête de ce qui est bien pour cet autre. Là se situe, pour nous, toute l'ambition du métier de cadre de proximité et cela en signe l'indubitable nécessité.

Considérer les humains en présence

L'affaiblissement que provoque la maladie ainsi que la vulnérabilité et la fragilité qui peuvent en résulter requièrent une attention particulière, une vigilance permanente afin de ne pas négliger chez cet humain son irréductible humanité, son inaltérable dignité, c'est-à-dire, au fond, ne pas négliger la capacité qui est celle de cet autre de pouvoir continuer à dire « ma vie », quel que soit son état. Lui reconnaître cette capacité de dire, d'exprimer comme il le peut ces deux mots que sont « ma vie » lui permet ainsi, quel que soit son degré d'affaiblissement, d'être regardé comme un humain digne quoi qu'il lui arrive, un humain dont l'esprit est et reste présent et qui le relie à tous les humains, donc à l'humanité, quelles que soient ses caractéristiques et ses dégradations biologiques. Cette attention particulière, cette vigilance permanente font appel à des qualités humaines et à une disposition sincère à l'endroit de l'autre qui sont rudement mises à l'épreuve dans la quotidienneté des pratiques car elles se révèlent régulièrement déconcertantes, voire déroutantes, souvent fatigantes, parfois épuisantes. Elles sont encore davantage mises à l'épreuve lorsque les pratiques de soins concernent les plus démunis, les plus faibles, les moins instruits, les plus discrets, les plus isolés, les plus récalcitrants, les moins agréables des patients ou des résidents. Ces caractéristiques font courir à ces derniers le risque de se retrouver emprisonnés dans une si facile et si tentante relation de pouvoir avec l'emprise sur l'autre qu'elle tente d'exercer et un risque plus grand d'être négligés, d'être réduits à ces quelques éléments pourtant ordinaires de leur vie ordinaire – comme l'est inexorablement celle de chacun –, et de s'en trouver, ainsi, moins respectés, moins bien traités, parfois effacés de la relation comme si leur vie humaine avait moins de valeur.

Ainsi, même pour le plus qualifié et expérimenté des professionnels, *cela ne va pas de soi* car une telle attention à l'humanité de cet autre et tournée vers le bien de celui-ci, une telle vigilance soucieuse de ce qui fait souci chez cet autre, de ce qui est important pour lui dans la situation particulière qui est la sienne requièrent une intelligence de situation, une intelligence du singulier dont les exigences de disponibilité, de sensibilité, de subtilité, de générosité et d'humilité ne peuvent être ignorées. Ce sont ces exigences et la considération que l'on a pour les personnes en présence qui font que la pratique quotidienne des soins, lorsqu'elle se veut explicitement soucieuse de l'humain singulier en vue de le respecter et de le bien traiter, a besoin d'être soutenue et accompagnée par un cadre de proximité. *Un cadre de proximité dont le désir professionnel est celui du soin qui peut être mis dans les soins* et qui établit, dès lors, ses priorités de cadre en regardant vers la dimension soignante de sa pratique d'encadrement et, par là, vers la dimension soignante de toutes les pratiques qui s'exercent au sein de son service. Un cadre de proximité qui exerce *une fonction sensible et non fonctionnelle* et

dont le cœur de métier se situe résolument au cœur du soin car une pratique qui se veut expressément soignante requiert d'être délibérée, donc discutée, ajustée, apaisée, évaluée, au plus près des situations singulières de soins. *Il ne saurait y avoir une éthique du quotidien des soins en l'absence d'une parole qui s'échange, d'une pensée qui s'élabore en vue d'une délibération sur la manière qu'ont les humains de vivre ce qu'ils ont à vivre et sur les manières d'être et de faire des professionnels dans leur quête de tenter de trouver ensemble ce qui en chaque situation est bien pour un sujet singulier.* Cette quête des professionnels est hésitante et nécessairement tâtonnante, car ce qui est bien pour un autre singulier est particulier à cet autre, et cette quête du bien ne se limite pas à bien faire ce qu'il y a à faire. C'est pour cette raison qu'une telle quête se parle – *se délibère* – pour ne pas confondre la relation singulière de soin avec une pratique solitaire des soins. C'est de la préoccupation d'une éthique du quotidien des soins, de la nécessité de délibérer ensemble qu'elle contient, et de la pleine prise de conscience de ce qu'une telle éthique requiert comme vigilance permanente de la part de chacun que surgit la nécessité, telle une évidence, de la présence d'un *cadre de proximité dont l'orientation sera résolument et, dès lors, prioritairement, soignante.*

En effet, face à cette singularité humaine et à l'incertitude de l'autre à laquelle elle confronte, les professionnels ne peuvent être livrés à eux-mêmes. Il ne s'agit pas de leur dire, telle une procédure à suivre, comment faire face à la singularité, mais de leur témoigner l'estime qu'on leur porte, leur exprimer la compréhension que l'on a des exigences de leur métier et, de ce fait, les aider à essayer de ne pas se perdre dans la complexité de leur pratique, les aider à ne pas se laisser déborder, ou le moins possible, par cette rencontre et cette relation d'humain à humain où chacun est confronté à la complexité de l'autre. Ils peuvent d'autant moins être livrés à eux-mêmes qu'ils exercent le plus souvent aujourd'hui leur métier dans un contexte qui proclame la nécessité de respecter l'humain et de prendre en compte sa dignité en vue de le bien traiter, tout en étant fondamentalement ancré dans la logique de soins et la frénésie du faire qui la caractérise. Il existe là une forme de « grand écart » entre une logique de soins qui se plaît à constater ses performances tout en se déclarant soucieuse du « prendre soin » de l'humain singulier alors que le « prendre soin » n'en est qu'à ses balbutiements dans un contexte qui y est moins propice qu'il n'y paraît. En effet, la logique soignante ne peut se déployer dans une atmosphère frénétique centrée sur ce qu'il y a à faire car la logique soignante requiert une atmosphère d'apaisement au sein de laquelle peuvent s'exprimer la subtilité, la sensibilité, la générosité et l'humilité que requiert l'attention portée à la singularité de l'humain. Seule une atmosphère apaisée permet au soignant d'accorder une « attention prioritaire au moi qui souffre, même si pour d'autres raisons il doit également prendre en considération très sérieusement les problèmes biomédicaux². » C'est ainsi, quelle que soit la nature des soins donnés et des techniques utilisées, que le « moi qui souffre » est présent, mettant, tôt ou tard, en difficulté une pratique frénétique peu soucieuse, voire oublieuse

2 Froment A., *Pour une rencontre soignante*, op. cit. p. 17.

de ce qui est vécu par l'humain auquel elle s'adresse. Vouloir promouvoir la logique soignante dans un contexte de logique de soins met en exergue l'incohérence des pratiques avec les discours tenus à leurs propos, ce qui accroît la difficulté des professionnels dans l'exercice quotidien de leur métier et les conduit à perdre leurs repères, voire à se sentir « déboussolés ». Perdre ses repères, se trouver « déboussolés » ne permet pas de s'orienter, ce qui peut générer un sentiment de crainte ou celui d'une épuisante inefficacité ou, encore, celui d'un agir *insensé*. En l'absence de sens, la souffrance est prompte à se manifester car la souffrance surgit lorsque le poids de ce que l'on porte devient trop lourd à porter. La perception d'une telle incohérence débouche sur un malentendu tant organisationnel que relationnel, source d'incompréhension et de dysfonctionnements aux effets néfastes pour chacun. Le légitime souci de performance trouve sa limite réelle dès qu'il est confronté à la pertinence humaine de ce qui est mis en œuvre. C'est pour cette raison qu'il n'est pas certain que la performance de la logique de soins se révèle, à terme, véritablement supérieure à celle que pourrait générer la logique soignante.

Nous pouvons ainsi identifier la raison première de la nécessité d'un cadre de santé de proximité : accompagner les professionnels dans leur quête de ce qui est bien pour cet autre, dans la quête du bonheur parfois infime qu'ils peuvent apporter à cet humain singulier. Il s'agit d'accompagner les professionnels dans leur relation singulière de soin, la sensibilité qu'elle requiert, la subtilité qui l'imprègne, l'intelligence du singulier sur laquelle elle se fonde, la générosité dont elle témoigne. Accompagner n'équivaut pas à « faire à la place de ». Accompagner c'est partager du temps en vue de « faire un bout de chemin avec », c'est se vouloir présent comme « compagnon de voyage », le compagnon d'un cheminement dont la perspective est la quête du bien de cet autre dans l'incertitude à laquelle chacun de ces autres confronte quotidiennement. Ce compagnon de voyage dispose d'une autorité, celle qui conduit à donner des repères pour se sentir rassurés et pour éviter de se perdre. Une telle autorité, au sens noble du terme, conduit, également, à aider chacun à croître dans sa pratique, à grandir dans son métier. C'est ainsi de la considération que l'on a pour l'humain et de la compréhension fine, subtile, des exigences intrinsèques à tout métier de l'humain que naît la nécessité pour tous ceux qui ont pour métier la relation à l'humain d'être encadrés, accompagnés par un cadre de proximité.

Mutation et utopie

Bien des raisons peuvent être évoquées pour exprimer les difficultés, voire constater l'impossibilité, de situer la pratique quotidienne des soins dans le cadre d'une relation singulière de soin. Ces raisons renvoient à de nombreuses contraintes organisationnelles au rang desquelles le temps disponible et la dotation en effectifs sont les plus fréquemment évoqués. Et nous ne pouvons que constater que les contraintes sont bien réelles et la perception de l'impossibilité de faire mieux ou autrement est particulièrement répandue. Il n'y a là rien d'anormal dans la mesure où l'orientation

même du système de soins et de tout ce qui y est associé en termes de financement, d'organisation, d'évaluation et de formations procède d'une logique de soins et non d'une logique soignante. L'avenir n'est pourtant pas à la logique de soins car seule la logique soignante, avec la préoccupation d'une éthique du quotidien des soins qui la sous-tend, permet de respecter l'humain en ayant pour visée son bien.

C'est d'un contexte en mutation dont il est ici question. Mutation qui consiste à *mettre plus de soin dans les soins*, à faire évoluer la logique de soins vers une logique soignante. Il ne s'agit plus ici d'une mutation technique ou gestionnaire mais bien d'une mutation humaine, celle d'un *humanisme humanisant* pour reprendre les propos de Bernard Honoré³, celle qui conduit à faire accéder l'humain à la place qui lui revient dès lors qu'il requiert des soins, lui permettant ainsi d'exister en tant que sujet de son existence non réductible à son affection et aux soins qui en découlent. À faire accéder l'humain en tirant les conséquences concrètes d'une pratique médicale et paramédicale qui n'aura d'autres choix, si elle veut réaliser de manière cohérente son intention de prendre en compte l'humain, de se tourner vers la subjectivité et, ainsi, de revisiter les manières d'être et de faire des différents professionnels autant que de leurs modalités concrètes d'organisation. Une telle mutation pourra être désignée comme une utopie. Mais *l'utopie n'est-elle pas précisément le sens des grands projets, utopie qui prend forme et se donne à voir dès que l'on met en œuvre un projet ?*

Cependant, une telle mutation, dans ce contexte, ne peut s'opérer sans difficulté car elle relève du défi ! Un défi rendu nécessaire par la place légitime que veut occuper l'humain dès lors que c'est de sa vie, de son corps dont il est question. Un défi qui s'imposera de lui-même s'il est ignoré ou insuffisamment anticipé car les humains, qu'ils soient malades ou non, acceptent de moins en moins de devoir se soumettre à une autorité qu'ils ne comprennent pas ou qu'ils trouvent injuste, ou encore à des règles dont ils ne comprennent pas l'utilité. Ils acceptent de moins en moins, également, de devoir évoluer dans des structures et au sein de modalités d'organisation dont la rudesse et les difficultés inutiles ou évitables témoignent, dans le fond, qu'elles sont peu soucieuses, voire oubliées, de l'humain malgré les discours tenus à son propos. Cela représente un *défi* pour le système de soins car la culture des différents professionnels y est nourrie de la nécessité de l'objectivité débouchant sur une objectivation des phénomènes qui, pourtant, concernent chaque fois des sujets singuliers nécessairement pétris de subjectivité. Que de troubles ne sont-ils pas ressentis face à ce désir si intense et si répandu d'objectivité alors que ce même désir confronte chacun, si souvent, à tant de difficulté par méconnaissance, oubli, voire rejet, de la subjectivité du vivant ! Les expressions du langage professionnel courant sont, à ce titre, révélatrices, non d'une intention de mal faire mais bien d'une tentation « objétisante », parfois exacerbée par l'arrogance des

3 Honoré B., *Le soin en perspective – Au cœur d'un humanisme humanisant*, Seli Arslan, Paris, 2009.

uns ou par l'incompréhension des autres, mais elle se trouve vite confrontée à la résistance de l'humain qui, malgré les soins qu'il requiert, n'accepte pas aisément, et surtout pas durablement, de ne plus être considéré comme le sujet de sa propre existence. Mettons-nous ainsi à l'écoute attentive et critique de quelques-unes de ces expressions du langage professionnel. Outre l'emblématique « prise en charge globale », il y est ainsi question de *gérer le malade* mais également de *gérer la famille* ; *d'éduquer l'autre à sa santé*, parfois de *le rééduquer* ; de *le rendre acteur de sa santé* et aussi de *le faire adhérer au traitement*, parfois de *le rendre autonome*, ou encore de *le motiver*. De quel regard sur l'autre et de quelle compréhension de la pratique ces expressions, si fréquentes et qui ne se veulent nullement malfaisantes, témoignent-elles ? Certains nous disent parfois qu'il ne s'agit là que d'une manière de s'exprimer, non d'une façon profonde de penser. Soit ! Mais est-ce à dire que le choix des mots serait sans importance ou qu'il ne refléterait pas une façon habituelle de penser et d'orienter son action ?

Au-delà du défi pour les professionnels et le système de soins, il est une préoccupation plus vaste qui concerne la société tout entière et les rapports de la population avec la santé, les soins et les professionnels. Si l'humain veut occuper la place légitime qui lui revient, une telle place requiert, néanmoins, qu'il fasse preuve d'autonomie dans ses rapports avec les différents professionnels de soins. L'autonomie – ou la *liberté* – conjugue la double capacité d'édicter ses propres règles tout en tenant compte des limites qui sont les siennes en un contexte donné, en une situation particulière. C'est ainsi qu'il ne saurait y avoir d'autonomie en faisant preuve d'un égoïsme exacerbé oubliant toute nécessité de solidarité. C'est ainsi, également, que ce que l'on nomme les « exigences » des patients, des résidents et des familles, n'a de légitimité acceptable par les professionnels que si ces exigences reflètent l'autonomie des personnes qui les formulent et si elles sont adressées à des professionnels faisant preuve eux-mêmes d'autonomie. N'est-ce pas le manque d'autonomie qui conduit à être prisonnier de ses comportements, entravé par des manières d'être et de faire qui témoignent de l'incapacité de tenir compte des caractéristiques d'une situation ou de ne pas réussir à prendre en compte les limites, voire les contraintes, qui s'imposent à chacun en un contexte donné ? Or, l'autonomie ne peut ni se donner lorsqu'elle n'est pas acquise ni se rendre lorsqu'elle a été perdue car elle est propre au développement de chaque humain et à sa capacité d'en faire preuve au sein d'une situation, lorsqu'il est confronté à un événement. Pour aucun humain, l'autonomie n'est ainsi acquise une fois pour toutes. Ce qui permet en premier lieu de développer et d'accroître l'autonomie de chacun, ce sont l'éducation, l'instruction et la culture qui nous apparaissent, toutes trois, comme les ferments majeurs de la capacité de faire preuve d'autonomie en une situation donnée. Outre la démocratie qu'elles permettent et nourrissent, l'éducation, l'instruction et la culture se présentent aujourd'hui et plus que jamais comme des facteurs prioritaires de santé publique, des facteurs majeurs de compréhension par chacun des enjeux de santé associés à ses comportements, tant ceux de la vie de tous les jours que ceux qui s'expriment lors des rapports avec les professionnels du système de soins.

Définir la fonction de cadre de proximité

L'intérêt que nous portons à la fonction de cadre de proximité ne réside pas dans l'existence même de cette fonction mais bien dans le contenu de l'exercice de celle-ci. Notre propos ne consiste donc pas en la défense d'un statut mais bien en celle d'une fonction de proximité. C'est de l'humain affaibli par la maladie ou la dépendance dont il est question comme de la souffrance qui est présente chez lui et ses proches ou qui peut surgir à tout instant. Ce sont l'intérêt porté à ce qui se vit par les humains directement concernés par une telle situation, la souffrance des uns et la vulnérabilité des autres, mais aussi la prise en compte de l'incertitude, voire de l'incompréhension des professionnels face à tant de situations singulières, qui justifient cette fonction de cadre de santé de proximité. C'est, *tout simplement*, de considération pour l'humain au sein du système de soins dont il est question, de l'estime que l'on porte à l'humain confronté à la maladie, tant celui qui y est confronté pour recevoir des soins que celui qui y est confronté car il a choisi pour métier d'en donner. Cette fonction nous apparaît comme la condition nécessaire quoique non suffisante pour respecter et bien traiter l'humain au sein même de la pratique quotidienne des soins, tant pour celui qui les reçoit que celui qui a pour métier de les donner.

Malgré les prises de conscience, malgré les mises en garde, malgré l'évidence que le cœur de la pratique concerne des hommes et des femmes malades qui requièrent des soins et à qui s'adressent quotidiennement des hommes et des femmes qui ont pour métier d'en donner, un nombre grandissant de cadres se sont trouvés dans l'impossibilité progressive d'entretenir une relation proximale avec les membres de leur équipe, détournés qu'ils étaient – *mais aussi parfois attirés* – par des activités administratives, gestionnaires, d'organisation, de formations, désignées, chacune, comme indispensables, voire urgentes et à tel point fondamentales qu'elles en sont devenues incontournables. Le cœur d'un métier de proximité n'est pourtant pas de se situer à distance mais bien de se tenir proche. C'est ainsi, fréquemment, pour les besoins mêmes des organisations et de leur souci volontaire ou imposé de performance, que la relation proximale des cadres est devenue distale ; pour autant, il n'est pas certain que le fonctionnement des structures s'en soit trouvé amélioré alors qu'au chevet des hommes et des femmes malades, la complexité n'a pas disparu. La complexité de l'humain et la subtilité qui permet de tenter de la côtoyer, de l'accueillir et d'en décoder certains aspects sont, et restent, omniprésentes et irréductibles aux impératifs organisationnels.

Lorsqu'elle est prévue, nous pouvons observer que trois grandes orientations peuvent être données à la fonction de cadre de proximité. Nous pouvons ainsi distinguer une orientation *gestionnaire*, une autre *technique* et une autre, encore, *soignante*. Ces trois orientations qui conduisent à trois types de cadres différents – *cadre gestionnaire, cadre technique, cadre soignant* – ne s'excluent pas l'une l'autre mais ne sauraient être confondues car elles ne sont pas identiques. Elles ne procèdent pas de la même logique et n'orientent pas le regard du cadre dans la même direction ; les priorités qui en découlent en sont, dès lors, différentes.

Le cadre gestionnaire se préoccupe de la gestion et contribue à la mission du système de soins par ses techniques et vigilances de gestion. Il n'existe pas de raison particulière à ce qu'il ait une formation initiale de professionnel de la santé ; l'exigence est qu'il acquiert, néanmoins, une compréhension judicieuse de la pratique des soins. Sa relation avec les équipes de soins concerne la gestion d'un ou de plusieurs services.

Le cadre technique est celui dont l'expertise technique a été plus particulièrement développée. Il sert, de la sorte, de référence technique aux différents professionnels ayant la même technique que lui. Une telle fonction trouve son intérêt dans des relations transversales non proximales. En effet, si un tel cadre exerce une fonction de cadre de proximité, il ne sera, en règle générale, accepté et perçu comme crédible que par les professionnels issus de la même filière que lui et pour autant qu'il leur vienne en aide dans leurs techniques et qu'il sache s'y montrer performant. Une équipe d'infirmières, par exemple, si elle attend d'un cadre son expertise technique, ne pourra que difficilement accepter d'être encadrée par un kinésithérapeute, et il en va ainsi pour chacun des métiers. Une fonction de cadre de proximité conçue telle une fonction technique nous semble appauvrie alors que cette même expertise technique pourrait s'exercer dans d'autres fonctions selon les spécificités d'une structure de soins. Observons, également, que lorsque les professionnels sont en attente d'un cadre de proximité de type technique, c'est que ces mêmes professionnels ont une conception essentiellement technique de leur pratique et non une conception soignante.

Le cadre soignant, quant à lui, est celui qui accompagne les professionnels donnant des soins. Il les accompagne non pour donner des soins mais de manière proximale dans la relation singulière de soin. Sa fonction le situe ainsi au cœur du soin. Un tel cadre est professionnel de la santé car c'est de la santé des hommes et des femmes malades dont il s'agit, mais son métier d'origine importe peu car ce qui signe sa compétence de cadre c'est sa capacité soignante, sa capacité d'organiser la pratique de manière pertinente, créative et ajustée à la réalité du quotidien ainsi que celle d'accompagner des professionnels dans leurs rencontres permanentes d'humain à humain, les uns requérant des soins et les autres ayant pour métier d'en donner. Sa capacité, également, de rencontrer les patients, les résidents et les proches pour témoigner de la présence d'une fonction d'autorité, fonction qui permet de rassurer mais également de dialoguer avec un professionnel qui se situe légèrement à distance de la pratique quotidienne des soins, ce qui lui donne la possibilité, bien souvent, d'exercer un rôle d'explicitation et de médiation. Capacité, encore, d'exercer une fonction d'interface entre les différents professionnels ainsi qu'avec les différents services de la structure, chacun ayant besoin, quelle que soit la fonction exercée, de pouvoir s'adresser à un interlocuteur informé et crédible qui pourra apporter une réponse pertinente ou donner la suite appropriée à ce qui est demandé. Pour l'exercice de cette fonction de cadre soignant de proximité, la capacité technique n'est pas déterminante même si le cadre se doit, pour se révéler judicieux dans ses choix et ses actions, d'être suffisamment informé des composantes techniques du service dans lequel il exerce.

Dans les faits, toutes ces orientations ont leur utilité et leur légitimité et il n'y en a pas de plus nobles ou de plus prestigieuses car elles ont chacune pour fonction de permettre au système de soins de remplir sa mission auprès de la population. L'important, à nos yeux, est de ne pas les confondre afin de ne pas se tromper de cible et de s'assurer, en tant que cadre, du désir sincère et donc motivant qui anime l'exercice de sa propre fonction. Se vouloir cadre de proximité soignant en étant plus soucieux de gestion ou de techniques ne peut pas conduire à une pratique motivante ni à une fonction reconnue comme crédible et aidante par les équipes de soins car elle ne permet pas d'accompagner les professionnels au cœur du soin ni de faire progresser la logique soignante. De même, si des attentes et modalités d'organisation internes à la structure détournent de la relation de proximité, la pratique d'encadrement sera certainement peu motivante et suscitera peu de plaisir professionnel.

En nous référant à tout ce qui précède sur la logique soignante et aux exigences associées à la relation singulière qu'elle requiert, nous pouvons ici proposer une définition de la fonction de cadre de santé de proximité exercée dans une perspective soignante et qui donne l'orientation, la tonalité de ce dont il est question :

Le cadre de santé de proximité a pour fonction d'organiser et d'accompagner la relation singulière de soin au sein même des pratiques du quotidien.

Cette définition se veut brève et simple et nous semble indiquer la priorité de la fonction de cadre de santé de proximité lorsqu'au sein d'une structure on y possède le désir d'une relation proximale pour encadrer les professionnels de soins. On y a le désir, dès lors, d'œuvrer concrètement pour aider les professionnels du quotidien à mettre plus de soin dans les soins. Avant toute description de fonction qui ne pourrait valablement être établie qu'au sein même d'un établissement et en regard des caractéristiques et attentes précises de cette structure, observons que la fonction est en premier lieu déterminée par l'orientation que l'on veut lui donner davantage que par un contenu précis. Les détails parfois très abondants d'une description de fonction ne permettent pas nécessairement de repérer la tonalité réelle qui est souhaitée pour celle-ci.

Exercer la fonction de cadre de santé de proximité en voulant donner à cette fonction une orientation résolument soignante procède d'une démarche innovante qui relève, dans les faits, d'une rupture avec une pratique de cadre très souvent tournée aujourd'hui vers une logique essentiellement gestionnaire à laquelle s'ajoutent de multiples missions ou activités transversales. Si cette abondance d'activités dévolues aux cadres de santé reflète sans doute l'évolution des structures et les contraintes qui sont les leurs, elle témoigne, néanmoins, d'une fonction exercée au profit de la structure et non, prioritairement, au profit des hommes et des femmes malades et des professionnels qui leur prodiguent des soins. Une telle abondance d'activités gestionnaires et transversales débouche, ainsi, sur une fonction de cadre aux aspects tellement multiples qu'elle ne peut conduire qu'à se disperser pour l'exercer. Se disperser n'est ni le gage d'une grande efficacité ni celui d'une

satisfaction dans sa pratique. Exercer une pratique dont le sens manque ou dont le contenu apparaît insensé conduit à constater que le métier que l'on exerce devient trop lourd à porter. La souffrance guette ! C'est pour cette raison que la fonction de cadre de proximité requiert d'être repensée car la nécessité d'un *cadre au cœur du soin* est réelle autant qu'est réelle la nécessité de permettre aux cadres d'exercer un métier qui ne les conduise pas à se disperser et donc à s'épuiser. C'est d'une prise de conscience dont il est d'abord question, des choix qui en découlent et des désirs qui les animent.

Une présence lors des transmissions

Les moments de transmissions sont des moments privilégiés, en particulier lorsqu'ils permettent de débattre, de délibérer des situations et pas seulement de transmettre des informations à leur propos. La présence du cadre y est primordiale et devrait constituer sa priorité première dans l'organisation de son emploi du temps. Sa présence y est primordiale par la capacité qu'il aura d'animer ces temps de transmissions et, de ce fait, d'exprimer le mieux l'autorité qui est la sienne et dont il est capable de faire preuve pour se révéler aux yeux des professionnels comme un cadre compétent. Animer veut dire « mettre en mouvement », également « donner une âme ». C'est d'une dynamique et d'une saveur dont il est question. Dynamique et saveur qui orientent le sens de ces rencontres et suscitent le désir d'y être présents et de s'y impliquer.

Sa présence lors des principaux moments de transmissions permet au cadre de faire preuve d'autorité et de se montrer compétent pour encadrer la pratique quotidienne des soins. Faire preuve d'autorité n'est pas se montrer autoritaire ni vouloir exercer du pouvoir, c'est-à-dire vouloir exercer une emprise sur les personnes. La tentation du pouvoir est essentiellement présente chez le chef en mal ou en manque d'autorité. L'autorité bien comprise est celle qui contribue à *élever la réflexion sur les pratiques* et à *y donner des repères aidants*, repères aidants car pertinents. On le voit, c'est par sa présence lors des transmissions que le cadre peut aider les professionnels à affiner leurs regards, à débattre ensemble de ce qu'ils observent chacun avec leur regard singulier ; qu'il peut, dès lors, accompagner leur travail de respect de l'autre, leur quête de ce qui est bien, leur accueil bienveillant sans être complaisant à la singularité d'une situation. C'est là qu'il peut les aider à mettre en mots leurs interrogations, leurs impressions, leurs difficultés. C'est là, également, qu'il peut les aider à déjouer le piège parfois béant de la suspicion à l'endroit de l'autre, suspicion par laquelle *cet autre serait ce que l'on projette sur lui*, serait animé d'une intention plus malveillante que bienfaisante conduisant à ne plus pouvoir le regarder avec un regard bienveillant. C'est là, encore, que le cadre peut interpellier sur le choix des mots en rappelant que « ce qui est mal nommé est dénaturé », interpellier sur leurs manières de parler des patients, des résidents, des familles, des collègues. *Que veut-on dire, par exemple, lorsque l'on considère qu'un patient est difficile ou qu'une famille est exigeante ?* Le choix des mots n'indique pas nécessairement l'intention de mal faire mais procure une

indication sur un état d'esprit, une posture, le sens d'une réflexion. Le choix des mots et le souci de la formulation la plus juste contribuent à affiner cette vigilance pour ne pas stigmatiser une situation, négliger ou mal interpréter ce qui se vit en une situation singulière. Dans le fond, il s'agit d'accompagner les professionnels, grâce à la parole qui s'échange, dans leurs cheminements critiques, dans leurs capacités d'accueillir la singularité de cet autre, dans leurs capacités d'identifier ce qui est important pour lui et d'envisager, ensemble, comment en tenir compte. La présence du cadre lors des transmissions est pour lui un moment privilégié pour témoigner aux professionnels l'intérêt qu'il leur porte, non pas un intérêt fonctionnel et organisationnel, mais bien un intérêt particulier qui le conduit à prendre en compte la complexité de leurs pratiques et à les accompagner face à l'incertitude intrinsèque à cette singulière complexité. Un moment privilégié pour montrer le sens que prend sa fonction d'autorité dans la pratique quotidienne des soins, une autorité qui facilite la pratique, une autorité qui vient en aide aux professionnels au cœur même de leurs pratiques, une autorité attendue pour l'oxygène qu'elle apporte et les repères qu'elle procure, les règles qu'elle rappelle, une autorité, de ce fait, souhaitée et appréciée. De moments privilégiés pour le cadre, les transmissions peuvent ainsi se transformer en moments privilégiés pour les professionnels car témoins, par leur dynamique et leur portée, de l'intérêt réel, concret et non de déclaration, qui est porté à leurs pratiques, et de l'importance qui leur est donnée au sein d'une structure dont ils sont les acteurs.

L'atmosphère soignante

Une atmosphère est ce qui agit sur les sens. Il s'agit d'une perception, d'un ressenti, tantôt agréable, tantôt désagréable. Une atmosphère est ainsi influencée par les composantes diverses d'un lieu, notamment physiques et esthétiques, ainsi que par les attitudes et comportements de ceux qui y évoluent ou qui y exercent une influence.

C'est ainsi qu'exercer son métier en voulant mettre du soin dans les soins, en se montrant soucieux de ce qui soucie l'autre et de ce qui contribue à son être bien requiert une atmosphère propice à l'expression et au déploiement d'une telle intention, sauf à se décourager, puis à abandonner pour ne pas courir le risque de s'épuiser. L'atmosphère d'un lieu se révèle ainsi déterminante. N'y a-t-il pas, en effet, quelque chose de troublant dans le fait d'exhorter une équipe de professionnels à mettre du soin dans les soins alors que l'atmosphère qui règne dans le service n'est pas imprégnée de manière cohérente et donc permanente de considération pour l'autre, de cette vigilance qui permet de se soucier de ce qui soucie l'autre ? *Que cet autre soit un malade ou un collègue importe peu. C'est de l'humain dont il s'agit, c'est-à-dire soi-même et tout autre.* Une telle atmosphère soignante ne va pas de soi car elle convoque chacun au-delà de sa seule logique professionnelle. Elle convoque chacun dans sa manière de considérer l'humain

et de le relier à l'humanité, au gré des situations concrètes qui ponctuent le quotidien.

Comme le rappelle Marc Hees à l'occasion d'un écrit sur le thème de *Prendre soin dans le monde*, cela ne va pas de soi car se soucier de l'humain pour en prendre soin procède, ni plus ni moins, d'une « prodigieuse intention » :

Prendre soin dans le monde... prendre soin du monde, de tout ce qu'il contient et qui le constitue. Quelle prodigieuse intention ! Car il s'agit bien d'une intention, d'une volonté, d'un parti pris. Dans notre relation au monde, rien ne va de soi : il faut y mettre du sien. Et choisir de prendre soin de quelque chose ou de quelqu'un, c'est choisir de prendre soin de tout, car, dans l'univers, tout se tient « de proche en proche ». Comment, par exemple, prendre soin du patient sans prendre soin de ceux qui le soignent ? Et, par conséquent, de ceux qui dirigent ceux qui le soignent ? Et... la tâche est incommensurable ! Pourtant, lorsqu'on en a pris son parti, il s'agit de se mettre à l'œuvre modestement, en sachant que la petite goutte d'eau que l'on verse dans la mer, si insignifiante qu'elle apparaisse, est d'une importance capitale. Car c'est elle qui fait déborder le vase de la compassion, du respect, de l'attention, vers tout ce qui nous environne et, particulièrement, les autres en commençant par les plus proches, ceux dont on peut, malgré le bruit, entendre les difficultés, la souffrance⁴.

C'est par la compréhension des exigences personnelles et collectives de la logique soignante, et du sens qu'elles prennent progressivement pour chacun des professionnels d'une équipe, que ces derniers pourront finalement orienter la façon d'envisager leurs propres pratiques et réfléchir à leurs manières d'être et de faire, tant vis-à-vis des patients, des résidents et des familles que vis-à-vis de leurs collègues et de leur hiérarchie.

C'est dans cette préoccupation d'une atmosphère soignante et apaisante que s'inscrit le sens de l'esthétique. En effet, c'est de l'intérêt que l'on porte à l'humain, de l'estime que l'on a pour lui, que découle le souci de l'esthétique, de ce qui est beau, de ce qui est raffiné. Pas une esthétique superficielle tournée vers « ce qui fait joli », mais une esthétique recherchée et délicate tournée vers ce qui est beau. Une esthétique délaissée dans un lieu ne témoigne-t-elle pas, le plus souvent, d'une attention également délaissée dans la manière de considérer les humains qui y seront reçus ou qui devront

4 Hees M., La motivation : leurre et source de souffrance, in *Prendre soin dans le monde – contribuer à un univers plus soignant*, ouvrage collectif sous la direction de Walter Hesbeen, Seli Arslan, Paris, 2000, p. 25-39.

y séjourner ? Que de fois l'humain n'a-t-il pas le sentiment d'être négligé, voire maltraité, car contraint à se trouver ou à évoluer dans un lieu qui semble avoir oublié que c'est à des humains qu'il se destine, que c'est pour les humains qu'il a été créé ?

Une esthétique délaissée ainsi que la morosité d'un climat ne reflètent pas une atmosphère soignante. Ni l'une ni l'autre ne sont, dès lors, propices à des rapports apaisés ou à une démarche de réflexion car la morosité nourrit une atmosphère désenchantée, desséchante, asphyxiante. Observons qu'une atmosphère désenchantée conduit à une tolérance moindre face aux comportements qui contrarient, face à ce qui met en péril les habitudes routinières ou qui interpelle trop, voire qui heurte, les sensibilités. S'il n'y a pas du plaisir à se retrouver ensemble, s'il n'y a pas la quête d'une fierté de ce qui est ensemble réalisé, une fierté qui conduit à « être en joie » en observant et en évaluant sa pratique, il n'y a pas beaucoup de possibilités de regarder de manière enrichie et moins catégorique les situations humaines singulières ; il n'y existe pas beaucoup de possibilité de voir les professionnels qui composent une équipe exprimer un désir soignant et, par là, augmenter leur ambition professionnelle pour progresser d'une logique de soins à une logique soignante. Le cadre ne peut être un « enchanteur » sauf à jouer un rôle qui ne résistera pas à l'épreuve du temps ; néanmoins, il apparaît comme soucieux de rapports apaisants, de rapports plaisants, artisan d'une atmosphère plus joyeuse que désenchantée et propice à réfléchir ensemble à ce qui est bien pour ensemble essayer d'être en joie face à la pertinence de la pratique du quotidien, en éprouver de la fierté.

On ne choisit pas de devenir cadre pour « changer les choses ». Quelle belle mais néanmoins naïve ambition ! La désillusion guette... En revanche, la fonction de cadre comporte une capacité qui n'est pas anodine, celle de vouloir, d'impulser, d'expérimenter et d'accompagner le changement en veillant, notamment, à tout ce qui peut concourir à une atmosphère soignante, une atmosphère plus joyeuse que désenchantée. Accompagner cette mutation indique l'importance pour le cadre d'apparaître auprès des personnes qu'il encadre comme celui qui *autorise et nourrit les utopies*, celui qui, de la sorte, invite de manière simple et raisonnée à oser rêver d'un futur désirable et d'aider ainsi, parfois, à ce qu'un rêve puisse se réaliser.

Le cadre et l'organisation

L'époque contemporaine est riche en restructurations diverses ayant conduit à penser de nouvelles modalités d'organisations bien connues aujourd'hui des différents professionnels du système de soins. Or, la logique soignante n'en est qu'à ses balbutiements. C'est pour cette raison que l'organisation de la pratique animée d'une logique soignante requiert d'*agir en tâtonnant*. Dans le fond, ce sont autant l'audace que la patience qui sont requises pour chercher, pas à pas, l'organisation convenant le mieux à un service donné et aux professionnels qui y travaillent. Le fil rouge est néanmoins le soin pouvant être mis dans les soins, celui qui traduit une préoccupation sincère d'une éthique du quotidien des soins, conjuguant tant les légitimes

préoccupations d'efficacité que celles, fondamentales, de prise en compte de la singularité de l'humain.

Une importance particulière nous semble, dans ce contexte, devoir être donnée au glissement de tâches qui conduit, de manière parfois répandue, des professionnels moins qualifiés à poser des gestes qu'ils ne peuvent poser, ou qu'ils ne peuvent poser sans être entourés, ou encore à être livrés seuls à des situations dont ils ne peuvent assumer les caractéristiques. Certains ont ainsi le sentiment peu gratifiant de « faire le bouche-trou » alors que d'autres y trouvent une occasion qu'ils perçoivent comme gratifiante de « faire autre chose ». La hiérarchie des actes débouche encore bien souvent sur une appréciation de l'importance que revêt un professionnel dans une équipe. Il existe ainsi une sorte de hiérarchie du prestige qui confond les actes et le professionnel qui les pose et qui conduit aisément à l'arrogance, arrogance incompatible, pourtant, avec le respect de l'autre. Cette hiérarchie du prestige repose sur l'acte et non sur la démarche soignante dans laquelle il se situe, car dans une logique soignante, rappelons-le, il n'y a pas de petit ou de grand acte de soins ni de petit ou de grand professionnel, il n'y a que des actes et des professionnels qui prennent de l'importance en une situation donnée. Par ailleurs, certains professionnels peu, voire pas, qualifiés se sentent parfois contraints de poser des actes qu'ils savent ne pas pouvoir poser mais qui s'imposent à eux dans un contexte donné ; ils s'y soumettent par crainte pour leur emploi. De quelle considération pour l'humain au travail et de quelle éthique managériale ces situations sont-elles le reflet ? C'est ainsi que pour un cadre de proximité, se vouloir être aidant pour le quotidien de la pratique des soins n'équivaut pas à seulement organiser le quotidien. Une présence et une atmosphère sont également nécessaires.

L'organisation concrète du travail quotidien, lorsque cette organisation se veut soucieuse de la logique soignante, confronte les professionnels à des difficultés qu'ils ne sont pas nécessairement prêts à affronter ou à accepter et qui sont issues parfois du désir réel de modifier ou de faire évoluer la pratique quotidienne. Ces difficultés viennent ainsi interpellier l'ambition réelle qu'ils ont pour leur pratique et pourraient bouleverser un certain nombre d'habitudes ou d'attitudes de défenses personnelles. Bouleverser, par exemple, *l'envie d'avoir fini tout ce qu'il y a à faire*. Cette envie ne témoigne-t-elle pas à souhait d'une pratique centrée sur les tâches ? Une telle pratique ne laisse pourtant pas de place à la créativité et n'est pas compatible avec le professionnalisme qui requiert, en situation et grâce à l'intelligence du singulier qui est déployée, de *chercher ce qui convient* en la situation particulière de l'autre. Il en va ainsi de la routine au sein des services et qui se traduit, régulièrement, par des rapports de force ou qui s'apparente, parfois, à une dictature des plus forts à l'endroit des plus faibles, rapports de force, dictature qui peuvent conduire jusqu'aux plus audacieux et plus créatifs des professionnels à se soumettre et ainsi à « se ranger », à se mettre en retrait et, de la sorte, à démissionner de leur ambition soignante, à l'abandonner. À l'occasion d'une réflexion sur la banalisation de l'humain au sein des

pratiques du quotidien, Nicole Croyère a présenté une situation qu'elle a rencontrée en formation. Elle relate ainsi :

C'est à ce moment que Mireille se plaint des conditions de son travail avec des « toilettes en série ». Elle dégage des émotions proches de la colère, du ras-le-bol, de l'écart entre ce qu'elle voudrait faire et ce qu'elle peut réaliser dans sa manière de travailler. Elle raconte alors :

« Moi l'autre jour, j'ai fait la douche à Mme D. et j'ai fait son shampoing car c'était son jour. Quand j'ai eu fini, je devais faire Mme E. et je n'avais pas le temps de lui sécher les cheveux. Comme Mme D. m'a demandé de lui faire une mise en plis, j'ai dit : "Je n'ai pas le temps tout de suite, mais je vous la fais tout à l'heure". Alors j'ai fini mes toilettes et quand mes collègues sont parties au petit-déjeuner à 10 h 30, on avait tout fini, et alors je suis allée lui faire sa mise en plis. J'ai vu que Mme D. était très contente et moi ça m'a fait plaisir de lui faire plaisir. Mais quand j'ai rejoint mes collègues, elles m'ont demandé où j'étais. Alors j'ai dit que j'avais séché les cheveux de Mme D. Sylviane m'a attrapée en disant : "Si on commence comme ça, on n'a pas fini et on ne peut pas faire ça pour tout le monde". Et Josiane m'a dit que la prochaine fois : "Mme D. ne comprendrait pas qu'on ne lui fasse pas". Et Yvette m'a dit : "C'est parce que tu as un petit faible pour elle, tu la chouchoutes, mais quand ce n'est pas toi, elle dit : Oh dommage Mireille n'est pas là". Et Hermine a dit : "Moi je vais en parler à la prochaine réunion syndicale, car si on ne peut plus faire sa pause, alors là ce n'est pas normal, avec tout le travail qu'on a déjà".⁵ »

La situation relatée s'inscrit dans une forme de routine imprégnée de morosité. S'il s'agit d'une situation ordinaire du quotidien, celle-ci montre néanmoins l'importance de la présence d'un cadre de proximité pour affirmer son souci de ce qui est juste au sein d'un service, mais également pour accompagner la réflexion et déboucher sur d'autres manières d'être et de faire, témoins de la prise de conscience des exigences d'une pratique qui se veut résolument soignante. Une telle prise de conscience ne peut être donnée par le cadre mais peut être suscitée par lui, conduisant, ainsi, les professionnels à élever l'ambition qui est la leur pour leur pratique quotidienne.

5 Croyère N., *Bien faire ensemble dans l'ordinaire de la vie du sujet âgé en institution – Une manière de résister à la banalisation de l'humain*, in *Perspective soignante*, n° 39, décembre 2010, p. 31-39.

Les outils de la pratique du quotidien

L'histoire récente des outils développés dans le cadre des diverses pratiques de soins nous montre que les professionnels entrent en résistance dès lors qu'il leur est demandé d'avoir recours à des outils qui ne se révèlent pas « aidants » pour la pratique quotidienne. Lorsque des outils sont imposés, c'est qu'ils sont aidants pour ceux qui les imposent mais pas nécessairement pour ceux qui seront contraints de les utiliser. Or, des outils qui ne viennent pas en aide aux différents professionnels dans l'exercice de leur métier sont perçus comme autant de parasites, comme autant de moyens insensés, empêchant le bon déroulement de leur pratique. Il n'existe donc pas vraiment de raisons d'espérer que les professionnels soient motivés pour utiliser des outils qui les encombrant ou, du moins, dont ils ne perçoivent pas l'utilité pour leur propre pratique. Rappelons-nous que l'humain ne consent ni aisément ni durablement à se soumettre à une autorité qu'il ne comprend pas ou qu'il trouve injuste.

Comme nous l'avions écrit par ailleurs⁶, nous pouvons, à titre d'exemple, aborder la question du choix des modalités d'élaboration des outils de la pratique du quotidien au sein d'un établissement ou d'un service, question qui donne une indication précieuse sur la compréhension et la conception des métiers exercés. En effet, nous évoluons dans un environnement social qui, au-delà de ses développements technoscientifiques, se caractérise par un attrait parfois très marqué pour la création d'outils uniformes contenant des promesses organisationnelles aux effets immédiats. On a ainsi pu observer, depuis plusieurs années, des orientations parfois très envahissantes, voire autoritaires, fondées sur un type de représentation de la pratique des soins et dont les effets se font toujours largement sentir aujourd'hui. Citons, ici, à titre d'exemples, les outils de la charge de travail qui donnent l'illusion que la pratique soignante est mesurable par les actes posés. Ne sous-estimons pas le fait que cela induit, implicitement, que la pratique soignante est un ensemble d'actes laissant dans l'ombre la distinction entre l'acte et l'action. Le manque, voire l'absence, de distinction entre l'acte et l'action conduit à imaginer que l'acte existe en tant que tel, indistinctement, d'une situation professionnelle à une autre.

Nombre d'outils de la pratique du quotidien, tels les dossiers de soins, démarches de soins, méthodes de transmissions d'informations, protocoles et autres procédures, sous forme papier ou informatique, ont troublé plus d'un professionnel. Ce trouble n'est pas seulement celui que chacun peut exprimer face à la nouveauté ou au changement ; il est aussi celui éprouvé par des professionnels qui percevaient que ces outils n'étaient pas conçus pour leur pratique ou ne leur procuraient pas une aide efficace comme support à leur pratique quotidienne ou, parfois insidieusement, les conduisaient à modifier, voire dénaturer, cette pratique. De quelle vision de la pratique soignante cette orientation est-elle le reflet et le prolongement concret ? Sur quel type de visibilité une telle vision débouche-t-elle et quelles

6 Hesbeen W. (dir.), *Dire et écrire la pratique soignante du quotidien – révéler la quête du sens du soin*, Seli Arslan, Paris, 2009.

modifications profondes une telle vision et une telle visibilité entraînent-elles tant pour la pratique quotidienne des soignants que pour la représentation que ceux-ci élaborent de leur métier, que pour la formation qui y conduit ainsi que pour les messages que cette vision et cette visibilité adressent à la population et aux responsables de l'action politique ? Aussi, rappelons-nous qu'un outil n'est pas qu'un outil, car chaque outil est élaboré à partir d'une représentation de la pratique ; il est associé à une philosophie et, à ce titre, influencera la pratique même de ceux qui y auront recours. Si des outils réducteurs donnent la visibilité principale de la pratique soignante, cette visibilité engendrera une représentation erronée de cette pratique. La parole du cadre semble ici déterminante pour agir contre le recours à des outils qui ne prennent pas sens pour les professionnels ou pour leur expliquer, patiemment, l'intérêt qu'ils peuvent avoir et l'espace de liberté qu'ils contiennent.

On le voit, c'est d'une relation proximale dont il est question. Une proximité qui permet l'exercice judicieux d'une autorité réelle, celle qui conduit à *élever la réflexion sur les pratiques* et à *y donner des repères* aidants, notamment en rappelant les règles, repères aidants car pertinents. Une proximité gratifiante, bienfaisante, apaisante qui vient en aide aux professionnels car elle permet de les accompagner au plus près de l'activité, au plus près de ce qui se vit, se ressent, s'éprouve ; de ce qui inquiète, voire de ce qui déroute, au cœur même de la pratique quotidienne des soins. Il s'agit de tisser jour après jour *maille par maille* une relation de confiance avec les professionnels, confiance qui ne peut se donner mais qui se gagne dans la pertinence d'une autorité tournée vers la pratique quotidienne des professionnels, confiance qui procure de l'apaisement, qui permet de ne pas se sentir déboussolé et abandonné au sein de l'irréductible complexité ordinaire des situations singulières de soins. Cette relation proximale n'empêche nullement de se consacrer raisonnablement à d'autres activités qui contribuent à la bonne marche d'ensemble d'un établissement, mais indique quelles sont les priorités qui seront données par le cadre à l'exercice de son métier.

À l'occasion d'une conférence, Rémy Chapiron, aujourd'hui directeur des soins, livrait une manière qui nous semble éclairante autant que pertinente de concevoir cette fonction de proximité.

Me livrant au jeu des associations d'idées, je trouvais une métaphore différente de celle du chef d'orchestre que vous avez évoqué en référence au management participatif. Il s'agit de l'encadreur fixant un cadre autour d'une œuvre.

Je me suis alors demandé à quoi ce cadre pouvait-il bien servir ?

- Il délimite l'œuvre, l'espace défini par la toile.

- Il se met au service de l'œuvre.

- Il favorise la mise en valeur des couleurs.

- Il souligne ou atténue les zones d'ombre.

- Il protège l'œuvre.
 - Il est parfois discret, d'autres fois plus voyant.
 - Il n'écrase pas l'œuvre et ne la domine jamais.
*Fort de ces caractéristiques, il peut devenir une partie
 intégrante de l'œuvre⁷.*

Le cadre de santé de proximité n'est pas le garant du soin, cette ambition serait démesurée autant qu'inappropriée. Il n'en est pas non plus un détenteur plus éclairé. Il est plus modestement un humain, convoqué comme tout un chacun par le travail de considération pour l'humain et la capacité qu'il aura d'accompagner les professionnels dans leur pratique quotidienne. Son autorité le conduit à donner des repères pour que les professionnels ne s'égarent pas, ou le moins possible, dans leur quête quotidienne de ce qui est ou pourrait être bien pour un sujet singulier. Sa fonction d'autorité le conduit, également, à accompagner la réflexion en vue de contribuer à enrichir les regards et à élever l'ambition des professionnels pour leur pratique.

⁷ Chapiron R., *Management participatif : réflexion sur une pratique*, communication au colloque « Management participatif – Mythe ou réalité », Institut de formation des cadres de santé (IFCS), centre psychothérapeutique de Laxou, France, 6 mai 1998 (nous avons déjà mentionné ce texte dans notre ouvrage *La qualité du soin infirmier*).

8 Éthique du quotidien et management

Le management et les soins ont en commun de pouvoir être pratiqués soit de manière fonctionnelle, soit de manière sensible. Telle la distinction que nous avons opérée entre la logique de soins et la logique soignante, le management peut procéder également de logiques distinctes, l'une fonctionnelle tournée vers la gestion des humains et de ce qu'ils produisent, l'autre sensible tournée vers l'humain et la manière qu'il a de vivre ce qu'il a à vivre lorsqu'il est au travail. Si ces deux logiques concernent le management et se montrent chacune soucieuse de l'excellence de la pratique, elles ne conduisent néanmoins pas le cadre à regarder dans la même direction, soit du côté de la production de l'humain – *une ressource humaine* – soit du côté de l'humain et de ce que celui-ci produit – *un humain qui a des ressources*.

Sans oublier que le contrat de travail crée des obligations et des devoirs réciproques, rappelons-nous cependant que l'humain au travail n'est pas réductible à ces obligations et devoirs. De surcroît, si les métiers de soins requièrent des capacités techniques indubitables et dont la qualité ne peut faire l'objet de concessions irresponsables, ces mêmes métiers nécessitent des qualités humaines qui, seules, permettent de prendre subtilement en compte la singularité de l'humain malade ou dépendant, condition indispensable pour le respecter, pour se montrer soucieux de ce qui le soucie et, de ce fait, pour essayer de le bien traiter. De telles qualités humaines requièrent tant une disposition à l'endroit de l'humain qu'une implication personnelle, imprégnée de la délicatesse du professionnel, et implication indispensable pour exprimer de manière concrète et au cœur des différentes situations de soins cette estime portée à l'humanité de l'autre et à l'inaltérable dignité qui est la sienne. Or, si l'on peut accompagner le professionnel dans son cheminement quant à la disposition qu'il a pour l'humain, on ne peut s'impliquer à sa place. Le professionnel est le seul détenteur de son désir et de sa volonté de s'impliquer dans ce qu'il fait et dans les manières d'être et de faire qui seront les siennes. Le professionnel est ainsi le seul à pouvoir véritablement mettre du soin dans les soins dès lors qu'il a conscience de l'importance que cela revêt pour bien traiter l'humain. S'il est le seul détenteur de son désir, la motivation qui en découle et le talent dont il pourra faire preuve nécessitent, néanmoins, qu'il puisse exercer son métier dans un contexte qui y est favorable, qui se montre apaisant et qui se veut aidant face à son désir de s'impliquer en vue de bien traiter l'humain. *Un tel contexte est celui dans lequel « on se sent bien » et qui procure un sentiment de fierté, car il met en joie les professionnels en regard de la pratique qu'ensemble ils peuvent y exercer.*

C'est ainsi que faire *fonctionner* un service en *gérant* les *ressources humaines* de ce service n'équivaut pas à s'intéresser aux humains professionnels qui

y évoluent. S'il est évident qu'un service doit être correctement organisé pour mener à bien les activités qui lui sont dévolues, un tel but ne pourra durablement être atteint si les manières d'être et de faire des cadres négligent, pour des raisons diverses, de porter une attention particulière aux différents professionnels. C'est d'un *prendre soin* dont il est question. Un prendre soin qui s'adresse à l'humain au travail et qui vise son bien. Un prendre soin qui comporte les mêmes exigences de respect, de sensibilité, de subtilité, de délicatesse, de bienveillance, d'humilité et de générosité que celles qui concernent l'humain malade ou dépendant, et qui requiert de la part du cadre de proximité d'aiguiser sa vigilance et de déployer son intelligence de situation. Ne nous méprenons pas ! Il n'est pas certain que bien traiter l'humain au travail conduise ce dernier à bien traiter l'humain malade ou dépendant. Il n'existe pas d'automatisme entre le souci du bien de l'un et le souci du bien qu'aura l'autre. Néanmoins, ceci permet de clarifier l'intention du cadre, la visée réelle de son management. C'est parce que le professionnel est un humain qu'il convient d'en prendre soin avant même de s'intéresser à sa production et indépendamment de la qualité de celle-ci. En prendre soin ne veut pas dire accepter ses éventuelles lacunes professionnelles et difficultés relationnelles, mais bien porter une attention particulière et bienveillante à la personne que le professionnel est. L'humain professionnel est la finalité du management, non le moyen d'exercer celui-ci. Il ne s'agit donc pas de prendre soin du professionnel *pour* qu'il prenne soin du malade, mais bien d'en prendre soin car il est un humain et que cela nourrit une atmosphère où chacun se sent exister, pris en compte en tant qu'humain. Cela permet de lui témoigner, ainsi, l'estime qu'on lui porte. Une estime qui prend en compte la nature de son travail mais ne se réduit pas à celui-ci. Observons que prendre soin de l'humain au travail nécessite une disponibilité et parfois une mobilisation *de tous les instants*, ce qui justifie pleinement, pour le cadre, d'entretenir avec les professionnels une relation de proximité exercée au plus près des lieux où s'exerce la pratique.

Éthique du management

Ne sous-estimons pas, pour la qualité même des pratiques exercées au sein du système de soins, l'impact de la nature du regard porté en nos organisations sur la personne au travail. Certains comportements managériaux se fondent sur une approche principalement utilitaire de l'humain au travail. Et si ces comportements et l'instrumentalisation réciproque qui les justifient sont répandus au point, parfois, d'apparaître « naturellement incontournables », faut-il pour autant renoncer à les faire évoluer ? Cette question nous semble d'une acuité grandissante dès lors qu'en de nombreux endroits les professionnels déplorent un agir insensé et peu valorisé issu de la *frénésie du faire* et tellement éloigné d'une patiente et subtile quête de sens au sein de pratiques qui, quel que soit leur niveau de technicité, concernent à chaque fois la singularité d'une personne. Si nous ne pouvons ignorer les exigences associées à « la conduite des hommes » en vue de leur production professionnelle, exigences qui contiennent pour leur opérationnalité des ferments

de l'approche instrumentale et utilitaire, nous ne pouvons néanmoins que déplorer l'importance de leur présence et encourager, chacun, de la place occupée, à tenter d'agir pour en atténuer les effets, ce qui n'équivaut cependant pas à vouloir candidement les éliminer.

Cette manière d'aborder l'humain au travail nous permet de poser un autre regard sur ce que l'on nomme parfois *la perte de la valeur du travail*. Dans un article intitulé « La vraie crise de la valeur travail » et relatant une étude internationale (*World Value Survey*)¹, Thomas Philippon, professeur à la New York University, pose la question : « Pourquoi les employés sont-ils malheureux ? Parce qu'ils ne sont pas assez libres de prendre des initiatives et parce que leur travail n'est pas assez reconnu au sein de leurs entreprises. La France reste un pays où les hiérarchies sont rigides et le management autoritaire². » Or, comment un management qui confond parfois autorité et autoritarisme ainsi qu'efficacité et uniformité, voire rigidité, peut-il favoriser l'intelligence professionnelle, l'intelligence du singulier que requièrent l'accueil et la prise en compte de la singularité de l'autre ? Le management est ainsi directement convoqué par une réflexion sur l'éthique qui l'anime et sur la manière qu'il a ou n'a pas de favoriser une éthique du quotidien des soins.

Abordant cette question du lien entre l'éthique et le management, Michel Dupuis expose dans l'un de ses articles³ ce que serait une « liaison » réussie entre l'éthique, la morale et le management. Il commence par une mise en garde en soulignant qu'il est essentiel d'accepter de prendre ses distances avec un certain nombre de caricatures relatives au management. De même qu'au sein des relations professionnelles les représentations caricaturales des fonctions des uns et des autres empêchent de voir les humains qui occupent ces fonctions, empêchant, de ce fait, toute possibilité de réfléchir ensemble au sens du bien commun et de la manière d'y contribuer chacun, les caricatures qui concernent les relations entre éthique et management empêchent d'y réfléchir efficacement. Il précise que le management ne se réduit pas à la gestion du pur profit, du gain, et que l'éthique ne consiste pas en un pur désintéressement qui conduit à un irréalisme chronique. C'est ainsi que, prenant acte de réelles convergences autant que de réelles divergences entre management et éthique, l'auteur propose concrètement quatre traits généraux qui permettent une « liaison » réussie entre eux. Il énonce :

1 La *World Value Survey* (WVS) est une enquête internationale sur les valeurs et les attitudes des citoyens de plus de 80 pays. Cette étude comporte deux questions sur la valeur travail et la France y paraît fort bien placée par rapport aux autres pays. En revanche, Thomas Philippon constate : « Les Français aiment travailler, mais ils n'aiment pas leurs entreprises ». Il souligne ainsi que : « La France souffre de son incapacité à engendrer des entreprises où il fait bon travailler ». Il pointe par là les « hiérarchies rigides ». In *Le Monde*, vendredi 1^{er} septembre 2006.

2 *Le Monde*, vendredi 1^{er} septembre 2006.

3 Dupuis M., Éthique et morale dans les métiers de service, in *Perspective soignante*, n° 34, avril 2009, p. 6-29.

- 1) *Le management intègre comme postulat de son action la reconnaissance des partenaires en jeu et de leurs valeurs propres (y compris inconciliables) ;*
- 2) *outre les outils psychosociologiques habituels, le management intègre à son éventail les outils d'analyse éthique des situations et les systèmes de « gestion » des conflits de valeurs (délibération, etc.) ;*
- 3) *il utilise les outils de réévaluation éthique des situations et des actions (réunions d'analyse après-coup, etc.) ;*
- 4) *il développe les méthodes d'explicitation éthique du projet d'entreprise en liaison avec les programmes de développement de la qualité et du bien-être au travail (ateliers de construction d'une charte d'éthique, par exemple).*

Bien-être et santé au travail

La question du bien-être au travail est cruciale alors qu'elle se révèle encore assez balbutiante malgré l'importance que lui accordent bon nombre de déclarations. Réfléchissant à cette question, un directeur des ressources humaines d'une société commerciale⁴ constate que :

Si les entreprises ont commencé par récompenser les meilleurs coureurs (pécuniairement), elles ont décidé aujourd'hui de rendre le fardeau de tous les coureurs le moins lourd possible. Ainsi met-on en place des conciergeries pour délivrer des services extraprofessionnels (pressing, cordonnerie, etc.) afin de supprimer les tâches sans valeur ajoutée de la vie quotidienne et permettre d'investir son temps laissé libre à des actions qui font sens pour soi (famille, loisirs, études, etc.). Ainsi, s'attache-t-on également à aménager des locaux fonctionnels et esthétisants. D'où ce concept de « design social » qui pourrait émerger.

Si les structures du système de soins semblent fréquemment assez éloignées de ce qui se fait dans d'autres secteurs d'activités, cela n'empêche pas que l'on puisse s'en inspirer pour des pratiques innovantes. Retenons l'intérêt de cette notion de « design social ». L'auteur se réfère à la définition qu'en donne Herbert Simon : « changer des situations existantes pour les transformer en situations préférables. » Changer les situations existantes en situations préférables devrait permettre de réfléchir de manière concrète au

4 Pietrac E., Les nouvelles orientations des ressources humaines, in *Les Échos*, 16 et 17 mai 2008.

bien-être au travail, ce qui ne peut ignorer la question du bien-être ensemble. Pour l'auteur, il faut ainsi « renforcer la convergence entre le lieu et le soi » et il s'agit, dès lors, de revisiter le concept même de culture d'entreprise qui : « ne peut plus être considérée comme une donnée, un acquis définitif qu'il faudrait inculquer aux nouvelles recrues par plaquette glacée interposée. Elle doit être vue, au contraire, comme une coconstruction permanente, un équilibre instable et fragile atteint par confrontation et débat au quotidien. »

La question de la santé au travail apparaît comme directement reliée à cette préoccupation d'être bien au travail, ce qui conduit à réfléchir aux moyens les plus judicieux pour écarter les difficultés inutiles et à agir pour atténuer, chaque fois que cela est possible, la pénibilité de toutes natures et inhérente à l'activité. La santé au travail n'est pas réductible aux préoccupations de la médecine du travail et aux mesures de prévention que celle-ci permet. La santé au travail concerne chacun bien au-delà de sa seule pratique professionnelle car l'humain ne se décompose pas en entité distincte selon qu'il est au travail ou n'y est pas. S'il convient, sans aucune équivoque, de veiller aux facteurs de risque pour la santé directement associés à l'activité professionnelle, la santé de l'humain au travail relève d'une multitude de facteurs qui, dans les faits, rendent bien souvent impuissants les meilleurs des managers. On ne peut, ainsi, qu'agir avec détermination mais également modestie pour le bien de chacun et de l'ensemble sans ignorer que l'on ne peut se substituer à l'autre. Il s'agit là d'une éthique du management tournée vers le bien et la vigilance constante qu'un tel bien requiert malgré les aléas du quotidien auquel l'on est confronté.

En matière de santé au travail, l'exemple de la prévention des maladies professionnelles est assez révélateur de cette complexité issue de cette multitude de facteurs en présence. C'est ainsi que Benoît Dufrénoy, se référant à sa pratique de prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS) sur les lieux de travail, précise que : « La perspective éthique dans laquelle s'inscrit cette démarche concrète de prévention est celle qui se tourne résolument vers ces multiples éléments qui interagissent et caractérisent l'humain au travail. » La conception de l'éthique à laquelle il se réfère est celle « d'une manière d'être au monde et de se soucier de ce qui est bien pour l'humanité, tant dans son rapport à soi que dans ses rapports aux autres et à l'environnement. » Relatant de manière concrète ses observations, l'auteur constate que :

Les formations centrées sur les gestes et postures, et notamment celles à la manutention, semblent bien souvent trop limitées car trop focalisées sur la biomécanique du corps humain. J'ai pu observer fréquemment que la disparition des lombalgies suite à une formation à la manutention s'accompagnait de l'apparition de douleurs au niveau de la nuque et des membres supérieurs, nouvelles douleurs que l'on peut attribuer à une approche trop réductrice et monofactorielle des mécanismes à l'épreuve dans la survenue des TMS.

[...] il ne peut y avoir de prévention efficace et durable sans une double implication : celle de chacun, quel que soit son poste de travail, dans le rapport à son corps et l'importance qu'il y accorde ; celle à l'échelle collective, sous l'impulsion et la volonté de l'employeur, de l'organisation du travail et de l'identification, pour chacun des postes de travail, des différents risques⁵.

Notons à nouveau ici l'importance d'une atmosphère professionnelle de laquelle se dégage ce souci de l'humain, l'importance qu'il revêt. Prendre soin de soi n'est pas étranger à l'importance que l'on s'accorde, à l'importance que prend pour soi sa propre existence et, dès lors, à celle que l'on perçoit prendre dans le regard des autres. Prendre soin de soi au travail est également influencé par la manière que l'on a d'envisager son travail, par la valeur que le professionnel lui accorde.

Bien traiter l'humain au travail

De même que bien traiter l'humain malade ne se confond pas avec une forme de soumission à celui-ci, bien traiter l'humain au travail n'entre-tient aucun rapport avec un auto-asservissement du cadre et la prise en compte parfois acrobatique des exigences des uns, voire des caprices des autres. Prendre en compte des souhaits et des attentes n'équivaut pas à se soumettre à ceux-ci et ne peut conduire à renforcer les égoïsmes, voire à faire s'effondrer la nécessaire solidarité. C'est de l'autorité du cadre dont il est question, non de sa complaisance à l'endroit de quelques-uns ni de consensus qui compromettent parfois la qualité de la pratique et l'esprit d'une équipe. Rappelons-nous que l'étymologie du mot *autorité* renvoie en premier à l'*action d'augmenter*, à l'action qui permet d'*aider à grandir*. Telle la démagogie qui consiste à flatter le peuple pour mieux le contrôler sans se soucier de l'aider à grandir, la démission de sa fonction d'autorité peut conduire le cadre à satisfaire, voire à flatter, quelques-uns mais en compromettant à plus ou moins brève échéance le sens du bien commun qui devrait guider les manières d'être et de faire de chacun. En effet, bien traiter l'humain au travail s'inscrit dans la perspective du bien commun, le bien commun tant de ceux qui réalisent ce travail que de ceux à qui il s'adresse. Bien traiter l'humain au travail s'inscrit dans la perspective d'une œuvre commune que l'on souhaite réaliser ensemble, ce qui nécessite un esprit de solidarité ainsi que l'autonomie, la maturité, la sincérité et la responsabilité de chacun. C'est pour accompagner cette quête d'un bien commun que la fonction d'autorité du cadre de proximité est indispensable pour aider chacun et l'ensemble à croître en tant qu'humains professionnels, aider à grandir dans cette pratique quotidienne d'humains à humains.

⁵ Dufrénoy B., La santé au travail : quelles perspectives éthiques ?, in *Perspective soignante*, n° 39, décembre 2010, p. 122-129.

Cette fonction d'autorité est d'autant plus importante que le contexte sociétal n'est pas toujours propice à envisager l'activité professionnelle en ce sens du bien commun, ce qui conduit, parfois, les professionnels à ne pas accepter les exigences pourtant intrinsèques au choix et à l'exercice de leur métier. Abordant dans un article la question de ce contexte et les réflexions en termes d'éthique du management que soulève la qualité des soins à l'hôpital, Bouchaut-Rolnin mentionne :

On assiste aussi à des tensions entre les personnels et l'encadrement. Les rapports de force sont devenus un mode ordinaire de relation au travail. La notion d'autorité est en crise. [...] La valorisation par le travail n'est plus la référence classique de l'affirmation de soi. La nouvelle référence pour la valorisation individuelle est le souhait d'obtenir davantage de loisirs. Les relations interpersonnelles sont basées sur des notions autres que le partage des valeurs professionnelles, mais autour de concepts liés aux activités extraprofessionnelles⁶.

Le cadre devra ainsi parfois faire preuve de beaucoup de patience, de subtilité, de générosité mais aussi de fermeté pour rappeler aux différents professionnels que tout métier possède ses exigences et requiert un certain nombre de qualités. Dans le cadre des métiers de soins, et pour évident que cela paraisse, il faudra parfois rappeler que ces exigences et qualités ne sont pas seulement techniques mais également relationnelles, ces dernières concernant tout humain et pas seulement celui qui requiert des soins. La cohérence des choix professionnels avec la disposition que l'on a à l'endroit de l'humain ne peut dès lors être ignorée.

Les exigences d'un management tourné résolument vers l'humain et les talents que chacun d'entre eux peuvent déployer au sein des situations de soins confrontent les cadres à bien des étonnements, des difficultés, parfois des contrariétés, voire des désillusions ; cela leur permet également, et fort heureusement, de ressentir quelque satisfaction. L'humain au travail n'est pas différent de tout humain il mène sa vie animé d'une quête de bonheur qui lui est personnelle et à nulle autre pareille ; il n'est donc pas raisonnable, entendons par là qu'il ne se soumet pas nécessairement à ce qui semble être la raison, la raison d'un groupe ou d'une structure. Et la maturité ainsi que la pertinence dont il est capable de faire preuve en certaines circonstances ne garantissent pas qu'il se montrera raisonnable en toute situation. Rappelons-nous, également, que c'est parce que l'humain au travail est une personne qu'il présente, comme toute personne, des problèmes personnels, qui ne peuvent être complètement oubliés dès lors que l'on franchit l'accès à l'espace professionnel. Sauf, néanmoins, si ce professionnel, en franchissant

6 Bouchaut-Rolnin M.-E., L'éthique de management – Une des clés de réussite pour la qualité des soins à l'hôpital, in *Gestions hospitalières*, février 2007, p.103-110.

l'accès de son lieu de travail, « oublie » qu'il est une personne, se transformant ainsi en un opérateur de tâches soumis à l'institution ou se confondant avec celle-ci. En pareil cas, la sensibilité et la subtilité que requièrent l'accueil et la prise en compte de la singularité de l'autre ne pourront que bien difficilement s'exprimer.

Si le but de l'activité professionnelle est bien celui de prendre soin des personnes qui requièrent des soins, et si un tel but s'inscrit dans des exigences professionnelles spécifiques, un tel but, néanmoins, ne saurait être atteint si l'humanité des uns est délaissée au profit de l'humanité des autres. On ne peut prétendre avoir le souci de bien traiter le malade si l'on maltraite ses collègues. C'est pour cette raison que, pour le cadre, il ne peut s'agir de *placer le patient au centre* des préoccupations mais bien l'humain. En effet, si l'on souhaite qu'au sein d'un service il y ait des relations professionnelles de qualité tournées vers le bien des hommes et des femmes malades, la préoccupation relative au bien ne peut que concerner tous les humains et toutes leurs relations, leur statut de malade ou de professionnel ne les rendant ni plus ni moins humains. C'est en cela qu'il s'agit d'une atmosphère, une atmosphère soucieuse de l'humanité de chacun et, dès lors, propice à ce qu'il y ait de la considération, de l'estime pour chacun.

Management et tâtonnement

Face à la complexité et aux difficultés récurrentes ressenties et qui ne peuvent en rien être sous-estimées, voire banalisées, il est tentant de vouloir « maîtriser » le management des personnes et de trouver la bonne méthode pour y parvenir, c'est-à-dire *la* méthode qui, telle une fiche technique qui livrerait une procédure, donnerait au cadre l'assurance d'enfin réussir à bien faire. Las ! L'intention est noble et compréhensible mais les résultats peu probants... Ne serait-ce pas oublier que la relation à l'humain ne se laisse pas dominer durablement par une méthode ? Et ni l'abondance des théories, ni celle des formations aux promesses alléchantes n'y sauraient rien changer ! Si les méthodes, les théories du management et les formations peuvent contribuer à alimenter la pensée du cadre, elles ne sauraient néanmoins se substituer à celle-ci, se substituer à une pensée qui s'élabore et à la pertinence réelle de l'action qui s'ensuit. C'est bien de penser dont il est question, c'est-à-dire de *peser*, de *sous-peser* en vue d'apprécier en situation ce qu'il serait bien et bon de faire, ce qui n'équivaut pas à appliquer des méthodes et des savoirs, si sophistiqués et intéressants soient-ils. C'est bien parce que le management concerne l'humain et que ce dernier ne se laisse pas aisément, en tout cas pas durablement, réduire au rang de ressource, tel un segment technique d'une organisation ou un facteur de production, voire une variable d'ajustement budgétaire, que le management ne saurait être contenu au sein de règles universelles de bonnes pratiques. De même que la pratique soignante s'inscrit dans une clinique, le management a sa clinique – *la clinique managériale du cadre de proximité* – qui conduit celui-ci à *chercher en tâtonnant*, au plus près des personnes et au cœur même des situations, ce qui convient à ces personnes et dans ces situations en

essayant, du mieux qu'il peut, de tenir compte de tous les paramètres en présence et en étant capable, le cas échéant, d'établir avec autorité – *ce qui n'empêche nullement la bienveillance et requiert parfois de la fermeté* – des priorités. La bienveillance n'est pas la complaisance et ni l'autorité ni la fermeté n'empêchent de se vouloir, de se montrer bienveillant.

Constatant cet attrait parfois frénétique des cadres et des dirigeants pour tout ce qui permettrait de *découvrir comment faire pour bien faire dans le domaine du management*, Marc Hees, dans son ouvrage sur le management à l'hôpital, nous rappelle avec humour et élégance que *le management n'est pas scientifique*. À l'instar de ce qui concerne la pratique soignante, il n'existe pas de science du singulier et le management concerne l'humain singulier car, même s'il est face à un groupe de personnes, le manager ne peut ignorer qu'un groupe est nécessairement composé d'autant de singularités. C'est de prendre soin de chacun et de l'ensemble dont il est de la sorte question, et l'un ne peut se réaliser dans l'oubli de l'autre. Et quelles que soient la manière et les circonstances, le prendre soin – *le management* – est œuvre unique de créativité car il se crée en situation et ne se duplique pas. L'auteur expose ainsi que :

Le management a ceci de commun avec l'amour : il ne cesse de susciter une abondante littérature. Mais si des romans ou des poèmes d'amour, même rédigés il y a des siècles, nous offrent encore aujourd'hui la fraîcheur d'« une rose à peine éclos au rosier ce matin »..., quelle impression de ressassement n'éprouvons-nous pas à la lecture d'ouvrages managériaux qui nous disent avec insistance ce qu'il faut faire pour bien faire, sans jamais nous expliquer pourquoi on ne le fait pas ou si peu, ou encore avec les résultats que l'on sait. C'est précisément cet écart entre les pratiques managériales et les discours censés les inspirer qui pose question. Si, comme certains l'affirment, le management est devenu scientifique – comme on prétendit naguère instaurer une organisation « scientifique » du travail –, les managers d'aujourd'hui devraient être assurés de la réussite de leurs projets. Or, il semble qu'ils ne le soient pas...⁷

De même qu'aucune théorie, aucun protocole, aucun guide de bonnes pratiques ne sauraient dire au professionnel comment faire pour bien prendre soin du malade et comment faire pour le bien traiter, aucune théorie de management et aucun outil ou guide ne sauraient dire au manager comment bien manager et comment bien traiter les humains qu'il a sous sa responsabilité. C'est de chercher, de tâtonner, d'expérimenter, de créer, d'évaluer et puis de recommencer dont il est question. En effet, comme la pratique soignante, celle du management confronte en permanence à l'incertitude

7 Hees M., *Le management à l'hôpital – Science, art, magie ?*, Seli Arslan, Paris, 2010, p. 13.

de qui est l'autre et aux différents paramètres parfois éphémères d'une situation. Une telle pratique requiert d'adopter, également comme le soignant, une posture de chercheur, celle qui conduit à chercher ce qui convient en une situation particulière. Le cadre de proximité est ainsi un chercheur qui, en tâtonnant, va chercher ce qui convient aux personnes qu'il a pour fonction d'encadrer. Les différentes formes de savoirs et de techniques peuvent nourrir et accompagner cette recherche mais ne sauraient s'y substituer. L'incertitude est inconfortable et confronte chacun à ses limites et à la fragilité de ce qui semble acquis tout en générant bien des incompréhensions, voire des contrariétés, mais cette incertitude procure l'avantage, une fois qu'elle est comprise et acceptée, de renoncer à la tentation du pouvoir et au désir illusoire de maîtriser l'autre, quelle que soit sa fonction, quel que soit son statut. Face à cette inconfortable incertitude, le cadre de proximité risque, lui aussi, comme le soignant, de s'égarer, de se perdre dans cette *errance qui caractérise le métier de celui qui cherche ce qui convient dans des situations humaines par nature singulières*. C'est pour l'aider à ne pas se perdre que le cadre de proximité a, lui aussi, besoin d'être accompagné et de pouvoir se repérer grâce aux repères que lui donneront les responsables sous l'autorité desquels il exerce son métier de cadre. Ici aussi, c'est d'une relation de proximité dont il est question, relation pensée et ajustée pour l'exercice de cette fonction.

Qu'est-ce que le management ?

Il est possible de donner plusieurs orientations au management et, dès lors, d'inscrire celui-ci de manière plus ou moins explicite dans plusieurs perspectives. Observons, néanmoins, que l'évolution sociale et, au sein de celle-ci, l'évolution même du système de soins conduisent à exercer une vigilance accrue sur les rapports humains et donc sur les manières d'être et de faire des managers.

En effet, si la question de la bonne organisation du travail et des structures ainsi que celle de la gestion économe des moyens disponibles ne peuvent être ni ignorées ni écartées, il n'en demeure pas moins que le souci de performance organisationnelle a parfois conduit à délaisser le souci de la pertinence humaine des organisations. C'est pour cette raison que le management nous semble devoir s'orienter prioritairement vers la place des humains dans l'organisation, la manière qu'ils ont de s'y sentir, l'atmosphère apaisante qu'elle leur propose, l'élan qu'elle leur permet, les talents qu'ils peuvent y déployer. Au fond, il s'agit de l'*oxygène* qu'ils peuvent y respirer et de ses effets vivifiants leur permettant de trouver et de déployer une énergie créatrice.

C'est de freiner les effets dévastateurs de la *pensée calculante* et d'atténuer le risque de banalisation de l'humain dont il est question pour diminuer le risque d'oubli de l'humanité même de l'humain, de sa singularité et de sa sensibilité, quels que soient son statut et sa fonction. Les effets de la pensée calculante décrits par Martin Heidegger et ce risque de banalisation de l'humain sont, aujourd'hui, accrus par les différentes pressions tant

financières que réglementaires et juridiques qui renforcent insidieusement l'instrumentalisation des personnes et freinent, voire empêchent, leur élan vers un futur différent. Cette vigilance particulière est associée au défi même que pose au système de soins la notion subtile de *qualité du soin* non réductible à celle plus aisément mise en avant de *qualité des soins*. Or, il ne peut y avoir de qualité du soin sans l'implication personnelle des professionnels qui donnent des soins, sans leur *élan* volontaire pour mettre du soin dans les soins. Aussi, pour qu'il y ait plus de soin dans les soins, les pratiques managériales se doivent d'être pensées et ajustées en vue de combiner tant les aspects opérationnels de la gestion du quotidien que le refus de cette banalisation, ce qui consiste, avant tout, à penser sa pratique managériale de cadre comme celle d'un humain au contact d'autres humains sans les réduire – *ni se réduire soi-même* – au rang de ressources.

Le management est régulièrement associé à des représentations assez autoritaires, voire vigoureuses. Dans un article explorant le lien entre soin et management, Line Maisons-Honoré⁸ constate que « le management est généralement perçu comme une pratique d'exploitation des ressources [...] pour mener les affaires et les hommes avec vigueur et fermeté. Il y a de la prise en main dans cet engagement. [...] Il y a du surhomme et du champion dans le manager de nos représentations. Mais pas nécessairement dans celui de nos rêves ! Le manager musclé ou vedette est honni dans certains milieux professionnels. » L'auteur précise qu'il existe une autre étymologie à laquelle se référer et donc une autre manière de considérer le management. Se référant au terme *ménagement*, elle met en lumière qu'il s'agit là d'un « art de gérer assorti d'un art de vivre dans et pour les communautés. » Citant les sages préconisations de Montaigne : « Si tu veux voyager loin, ménage ta monture », elle constate que « ménager, traiter avec mesure et égard ce dont nous avons usage, nous donne plus de chance d'aller notre chemin. » À la faveur du courant humaniste, en rapportant ceci aux humains, elle indique que « le mot *ménagement* se met à concerner les personnes pour signifier la façon précautionneuse et respectueuse d'entrer en relation. »

Dès lors, pourquoi ménager les personnes, les lieux où elles évoluent et les conditions dans lesquelles elles se trouvent et se retrouvent ? Il s'agit de *ménager pour être bien ensemble*, c'est-à-dire pour éprouver du plaisir à se côtoyer, à évoluer en un lieu plaisant et à utiliser des moyens d'actions aidants. Être bien ensemble, c'est détecter, pour essayer de s'en débarrasser ou d'en atténuer les effets, toutes les sources matérielles et organisationnelles de complications évitables, de difficultés, voire de contrariétés, tout ce qui génère une inutile *rudesse* dans le quotidien, tout ce qui empêche ou entrave ce qu'ensemble on a pour mission de réaliser. Être bien ensemble permet de ressentir un modeste mais juste sentiment de fierté qui conduit à être en joie de ce qu'ensemble l'on a réussi à réaliser. Pourquoi encore ménager les personnes, les lieux et les conditions de travail ? Il s'agit également de les *ménager pour ensemble aller loin*. Aller loin ensemble, c'est le

8 Maisons Honoré L., « Existe-t-il un lien entre soin et management ? », in *Perspective soignante*, n° 2, septembre 1998, p. 30-55.

sens des grands projets, de l'utopie mais aussi celui de la mesure. De belles et grandes idées qui épuisent perdent, en effet, rapidement de leur éclat. Ne faut-il pas veiller à se ménager si l'on veut aller loin et se rapprocher de ce qui est désiré ? Dès lors que le *management* relève de ce souci du *ménagement*, la fonction du *manager* peut être définie comme suit :

Cœuvrer à être bien ensemble pour ensemble aller loin.

Le cadre de proximité dans sa fonction managériale va ainsi, de la place qui est la sienne et en tâtonnant, veiller mais également œuvrer à ce que les personnes de son service soient bien ensemble pour ensemble aller loin. C'est d'un art de vivre ensemble dont il est question, et qui concerne tant les lieux que les personnes ainsi que les relations qu'elles entretiennent.

De la pensée calculante aux fontaines de vie

Cœuvrer à être bien ensemble pour ensemble aller loin ne peut se réaliser dans l'oubli des éléments qui tantôt favorisent, tantôt empêchent, l'exercice de la pensée. Cet exercice conduit à se présenter chacun et à se concevoir ensemble comme autant d'humains pensants. Humains pensants car ayant la capacité, par l'esprit qui habite et anime chacun, de dire chacun « ma vie » et, ainsi, d'exprimer sa dignité. Humains pensants ayant, dès lors, la capacité de porter une appréciation sur les faits, un jugement sur une situation, leur permettant de ne pas seulement exécuter ce qu'on leur dit de faire. Cette difficulté de ne pas seulement exécuter se retrouve de manière très explicite dans le statut qui est encore régulièrement octroyé à la prescription médicale. Cette dernière est fréquemment conçue comme un *ordre* à appliquer alors qu'elle n'est qu'une *autorisation* en vue de poser tel ou tel acte. Si cette autorisation du médecin est requise pour qu'une infirmière, par exemple, pose un acte sur ou dans le corps de l'autre, aucun médecin, néanmoins, ne peut exiger qu'un tel acte qui concerne le corps de l'autre soit effectué par un professionnel qui n'y consentirait pas. Il ne s'agit pas ici d'encourager de quelconques comportements arbitraires, voire capricieux – *c'est de relations professionnelles dont il est question* – mais bien de souligner l'importance pour le professionnel de s'autoriser à porter une appréciation sur les actes qu'on lui demande de poser lorsque ces actes concernent l'autre, son corps, sa vie et ceci même lorsque la demande émane d'une personne exerçant une fonction d'autorité. La difficulté de s'autoriser une telle appréciation ne témoigne-t-elle pas de la difficulté de se montrer et de vouloir rester, quel que soit le statut, un humain pensant ? Et pourtant, comment le bien de l'autre affaibli par la maladie et que l'état conduit à nécessiter des soins peut-il être assuré, comment peut-il être bien traité si les professionnels qui lui donnent des soins n'apprécient pas, en situation, ce qui leur semble être bien, être bon, être judicieux ?

Or, notre monde contemporain, pétri de l'expertise des experts qui nous disent ce qu'il faut faire pour bien faire, conduit, de plus en plus, à ne plus prendre le risque de s'écarter des règles de bonnes pratiques ainsi édictées.

La crainte des éventuelles conséquences juridiques des actes posés renforce cette mise à distance du risque de penser. *Penser* disait Hannah Arendt, *c'est maintenir vivant le dialogue avec soi-même*. Sans ce dialogue maintenu et entretenu avec soi-même, que devient l'intelligence du singulier ? Que deviennent la subtilité et la sensibilité qui l'imprègnent ? Que devient le professionnalisme du professionnel ? Qu'il s'agisse d'une crainte fantasmée ou réelle, elle brise l'élan, écrase, voire tarit le désir. Elle débouche sur une logique applicative, voire sur une culpabilité de penser hors de ce qui est édicté par les experts de tous ordres. Le risque de penser n'est plus pris et la capacité de penser sa pratique s'efface parfois au bénéfice d'un agir frénétique. Ce n'est pas de penser, *de peser et de sous-peser son action* dont il est alors question, c'est d'agir, d'exécuter, de poser des actes. Il existe ainsi, parfois, une forme de confort à être conforme. Des bénéfices secondaires peuvent en être tirés mais... au profit de qui ? La pensée calculante a ainsi envahi les pratiques au détriment de la pensée méditante. Nous pouvons trouver dans l'interrogation d'Alain Froment l'expression du ravage de ce type de pensée : « Il est probable que les véritables soignants – il en existe fort heureusement un bon nombre – se sentent mal à l'aise dans un système qui agresse et met en péril leur vocation, et de ce fait n'osent guère s'exprimer⁹. »

La différence entre ces deux sortes de pensée – la pensée qui calcule et la pensée qui médite – a été exposée par Martin Heidegger¹⁰. Soulignant la légitimité et la nécessité de chacune d'elles, il en précise les particularités. Tout d'abord, concernant la pensée calculante, il écrit :

Lorsque nous dressons un plan, participons à une recherche, organisons une entreprise, nous comptons toujours avec des circonstances données. Nous les faisons entrer en ligne de compte dans un calcul qui vise des buts déterminés. Nous escomptons d'avance des résultats définis. Ce calcul caractérise toute pensée planifiante et toute recherche... La pensée qui compte calcule... La pensée qui calcule ne nous laisse aucun répit... Elle ne s'arrête jamais, ne rentre pas en elle-même.

La pensée méditante est celle : *qui poursuit du sens qui domine dans tout ce qui est. La pensée qui médite exige parfois un grand effort et requiert toujours un long entraînement. Elle réclame des soins encore plus délicats que tout autre authentique métier. Elle doit aussi comme le paysan, savoir attendre que le grain germe et que l'épi mûrisse.*

La pensée calculante ne consiste pas en des opérations arithmétiques coutumières, par exemple, des métiers de la comptabilité. La pensée calculante est celle qui conduit à inscrire ce que l'on fait dans un calcul, notamment un calcul quant aux risques que l'on prend. Si apprécier judicieusement les risques apparaît comme une conduite humaine bien nécessaire et, donc, bien raisonnable, elle peut, néanmoins, déboucher sur des conduites qui n'osent plus entreprendre en dehors du contexte précis de la conformité

9 Froment A., Médecine scientifique, médecine soignante, Éditions des Archives contemporaines, Paris, 2001, p.15.

10 Heidegger M., Sérénité (Questions III), Paris, Gallimard, p.166.

à ce qui est recommandé. De la sorte, la pensée calculante se traduit par une forme de désertification, désertification par assèchement de la capacité mais également de l'envie de penser. La pensée calculante finit par étouffer l'envie de créer, d'innover, d'oser s'écarter d'un chemin bien tracé. Dans la vie de tous les jours, en général, et dans les métiers de l'humain, en particulier, la pensée calculante fait des ravages car elle conduit à l'uniformité, à la conformité. Or, comment exercer un métier de la relation à l'humain où la prise en compte de la singularité confronte à l'incertitude de qui est l'autre et nécessaire, dès lors, de chercher en situation ce qui convient à cet autre, si le professionnel est envahi et encerclé par la pensée calculante et ses effets asphyxiants ?

C'est ainsi que Heidegger parle de la dévastation et de la désolation du monde découlant d'un repli de la pensée sur un mode calculant. L'importance de cette forme de pensée conduit à accroître le désert, un désert qui peut s'accompagner du plus haut standing de vie des hommes et d'organisations uniformes et performantes. Le véritable danger de la pensée calculante lorsqu'elle s'oppose à la pensée méditante est celui du règne de la normalisation, de l'uniformité.

Des oasis de paix

Dans le désert, néanmoins, il existe des oasis. Ces oasis sont le monde où l'on peut s'isoler provisoirement, elles sont la tranquillité contemplative de la vie « en désert », celle qui permet de reprendre souffle avant de retourner à la vie active, laborieuse : ces oasis permettent des *moments de paix* au milieu de la frénésie du faire qui entoure, qui encercle, qui englobe, qui absorbe parfois. Ces oasis sont des « fontaines de vie ». De telles « fontaines de vie » sont des lieux privilégiés pour activer, nourrir et affiner sa capacité de penser. C'est à ce propos que Hannah Arendt¹¹, se référant aux étendues désertiques et aux oasis qui peuvent s'y trouver et qui sont autant de fontaines de vie, parle dans un courrier de la Californie. Après avoir refusé la chaire de professeur qu'on lui offrait à Berkeley, elle s'y rendit toutefois en 1955 pour y enseigner pendant un an. Dans une lettre adressée à son directeur de thèse, Jaspers, elle expose avec enthousiasme : « je suis parvenue à la pointe extrême de notre monde occidental, au point précis où l'Orient – la Chine – ne se trouve plus à l'Est mais à l'Ouest. » Elle qualifie néanmoins la Californie de « désert sublime, le plus sublime de tous les déserts. » Cette appréciation n'est évidemment pas géographique et concerne la vie intellectuelle de l'université de Berkeley, à cette époque. Elle trouve cette université « passablement endormie. La philosophie a versé dans la sémantique, et de plus une sémantique de troisième ordre, » dit-elle. Dans le désert californien, elle découvre néanmoins de *véritables oasis*, des fontaines de vie. Elle donne l'exemple de ce dock de San Francisco qui lui fit visiter San Francisco *comme* « un roi l'aurait fait de son royaume pour un hôte de marque. » Arendt rencontra une autre « oasis, » une autre « *fontaine de vie* »

11 Arendt H., *Qu'est-ce que la politique ?*, Seuil, Paris, 1995.

en la personne de sa voisine, une étudiante en doctorat, déracinée et issue d'un milieu défavorisé. Des moments où des humains peuvent se retrouver, *tout simplement*, tels des humains délivrés d'enjeux qui travestissent les relations, délivrés de la tentation d'exercer du pouvoir, d'exercer une emprise sur l'autre, délivrés de tout cela pour réussir à se porter, entre humains, une attention disponible, bienveillante et, à ce titre, bienfaisante. Ces moments apparaissent ainsi comme autant d'oasis de paix, comme autant de fontaines de vie où l'on peut, en toute quiétude, s'abreuver.

Par cette notion d'oasis, de fontaines de vie, Hannah Arendt prend bien soin de préciser que ces oasis ne sauraient être confondues avec de la relaxation ou des lieux de détente ou de loisirs. Ces oasis représentent ici le monde de la culture, le monde de la pensée, d'une pensée qui n'est pas réservée aux philosophes, mais bien ressentie comme un besoin, comme une capacité de faire incursion *en dehors de l'ordre*, en dehors de ce qui est ordonné, de ce qui est normé, privatif de liberté, en tout cas de ce qui est réducteur de la capacité de penser. N'est-ce pas en aidant à s'écarter de ce qui assèche la pensée, n'est-ce pas en agissant pour déjouer les pièges de tout ce qui conduit à ne plus penser jusqu'à en perdre l'envie parfois, que le cadre de proximité peut le mieux œuvrer pour des rapports humains au sein de son service, rapports humains qui soient à la fois apaisés et résolument tournés vers la quête de ce qui est bien ? Une telle quête en vue de ce qui est bien, qui est donc soucieuse de bien traiter l'humain, requiert un engagement et la possibilité de s'exprimer et de débattre. Un tel engagement procède d'une prise de conscience et d'un choix, choix qui ne peut être exclusivement fondé sur des arguments rationnels, mais également sur des intuitions et des utopies, intuitions et utopies portées par les questions que suscitent en nous l'état de notre monde, l'état des services de soins et des pratiques qui s'y exercent, notamment les pratiques humaines qui, en certains cas, contribuent à altérer le bien commun, contribuent à nous éloigner de ce que nous percevons comme important, comme bien d'avoir en commun et de réaliser en vue du bien de chacun. Le silence au sein des organisations peut se révéler, ainsi, redoutable. Silence qui se traduit parfois en connivence, y compris dans les cas de maltraitance avérée.

C'est ainsi que Julia Kristeva, à l'occasion d'une interview lors du prix Hannah Arendt qui lui était décerné, témoigne de l'importance de la capacité d'exprimer son opinion en vue de freiner certains phénomènes destructeurs d'humanité. Elle expose que :

[...] l'opinion est la seule riposte à la violence. [...] Elle (Hannah Arendt, ndlr), était très habitée par la démocratie grecque et par le forum, la place publique où les citoyens pouvaient « apparaître » et raconter leurs exploits. L'apparaître qui structure à la fois la pensée et le jugement. Elle trouvait cela génial parce qu'elle pensait que le grand courage consiste à ce que chacun parle de ce qu'il a vécu d'exceptionnel pour inciter les autres, et la

politique, à aller dans le sens du dépassement de soi. [...] dans cet appel à la singularité et au dépassement de soi, il y a des éléments pour résister à la barbarie. D'abord parce que c'est un appel à la personne, à l'individu, à sortir des groupes – politiques, économiques, ethniques ou autres – qui se crispent souvent et finissent par se dogmatiser en groupes d'influence et de pouvoir. Et ensuite, pensait-elle, en demandant à cet individu de dire ce qui le dépasse, on fait de la violence une créativité : « Je suis contre, je suis singulier, il n'y a que moi... mais je raconte mes désirs et je les partage avec les autres ». La place publique devient une sorte de mélange entre la plus grande singularité et le plus grand partage¹².

Contribuer à la mise en relations des humains qui œuvrent en un même lieu de travail pour qu'ils puissent ensemble échanger, débattre, délibérer pour élaborer ensemble de la pensée, c'est agir pour freiner la désertification et la prédominance de la pensée calculante, c'est s'investir pour créer dans les espaces professionnels des oasis de paix qui contribuent à une atmosphère apaisante et bienfaisante, atmosphère indispensable pour une pratique soignante fondée sur l'intelligence du singulier. Voilà à nos yeux la mission qui nous apparaît la plus féconde pour l'exercice du management du cadre de proximité : *prévoir des oasis de paix, des fontaines de vie qui sont autant d'espaces où la parole peut s'échanger et la pensée s'élaborer afin de freiner l'extension du désert, d'atténuer le risque de désertification consécutif à la domination de la pensée calculante.*

D'une certaine façon, il s'agit pour le cadre de proximité de proposer aux personnes qu'il encadre des moments où il serait possible de philosopher. Non philosopher pour verser dans une sémantique de troisième ordre, pour reprendre Hannah Arendt, mais philosopher en vue de se poser et de mieux se poser un certain nombre de questions. Le philosophe Michel Dupuis conjugue de manière limpide la capacité de penser à celle de philosopher. Dans un texte consacré à la banalisation de l'humain dans l'univers des soins, il expose :

Depuis ses origines, la philosophie entretient un rapport tout particulier avec l'aurore, le matin, la lumière qui arrive, l'éveil. La philosophie s'oppose au sommeil. Même si Hegel a déclaré que la chouette de Minerve, l'emblème de la philosophie, s'envole à la fin du jour, quand le travail des hommes s'interrompt et qu'il est temps enfin de le penser, il n'en reste pas moins que penser, c'est précisément s'éveiller, s'étonner, se laisser surprendre, découvrir, admirer, identifier, distinguer, reconnaître.

12 Julia Kristeva, interview donnée à l'occasion du prix Hannah Arendt qui lui fut décerné en 2006, *Libération*, 28 et 29 avril 2007.

Autrement dit, avoir les yeux grands ouverts... Par conséquent, tout ce qui nous mène à la routine, à l'habitude, au déjà-vu, au déjà-dit et au déjà-senti, c'est par essence de l'anti-philosophie. Sans parler encore de banalisation de l'humain, la simple banalisation en général, c'est de l'anti-philosophie. Tout ce qui endort l'esprit critique, ce qui anesthésie les perceptions toujours changeantes, ce qui fait voir les choses « globalement » ou « superficiellement », ce qui amène à confondre la proie et son ombre, une chose avec une autre un peu ressemblante peut-être, ce qui conduit à la méprise, qui n'est d'ailleurs qu'une forme de mépris, c'est toujours de l'anti-philosophie.¹³

S'éveiller, s'étonner, se laisser surprendre, découvrir, admirer, identifier, distinguer, reconnaître, voilà autant d'expressions qui nous semblent particulièrement propices pour caractériser le management du cadre, lui permettre d'exercer une autorité aidante et bienfaisante en vue d'*œuvrer à être bien ensemble pour ensemble aller loin*.

L'éthique du quotidien, fruit d'une œuvre commune

La visée de ce management du cadre de proximité est celle de permettre, de faciliter, d'accompagner dans ses multiples composantes une *éthique du quotidien*. Il s'agit pour le cadre de *se mettre à l'ouvrage* afin que cette éthique du quotidien puisse prendre corps, acquérir de la consistance et s'inscrire dans la permanence malgré son inéluctable fragilité. Un quotidien où la visée se nomme *bien-être*, le *bien-être de l'humain* et le bonheur que l'on tente de lui apporter, quelles que soient les raisons qui le conduisent à être présent au cœur de ce quotidien. L'œuvre commune à réaliser ensemble et à laquelle le cadre, par son management, va se consacrer, pour laquelle il va exercer son autorité et déployer ses talents, est celle de cette éthique du quotidien. Y a-t-il œuvre plus utile, plus pertinente à réaliser ensemble – *une œuvre commune* – que celle qui s'offre pour perspective ce bien-être des humains qui, en un endroit donné, sont amenés à se côtoyer ? Un endroit qui est conçu pour accueillir des humains malades ou dépendants et les proches de ceux-ci, un endroit où la souffrance est présente et toujours prompte à surgir. Un endroit où des humains professionnels ont choisi pour métier de donner des soins et qui ont donc opéré le choix de côtoyer, en permanence, des humains affaiblis, leurs souffrances et leurs manières singulières de vivre ce qu'ils ont à vivre quand la maladie les atteint. Cette éthique du quotidien s'inscrit dans le contexte particulier des structures et services de soins : c'est en cela qu'il s'agit d'une éthique du quotidien des soins et qui concerne tous les humains, ceux

13 Dupuis M., La banalisation de l'humain. Quelques indications philosophiques, in *La banalisation de l'humain dans le système de soins*, sous la direction de Michel Dupuis, Raymond Gueibe, Walter Hesbeen, Paris, Seli Arslan, 2011, p. 29.

qui reçoivent des soins, ceux qui en sont proches et ceux qui ont pour métier d'en donner. Une éthique du quotidien qui se soucie du bien de chacun.

Proposant une définition de l'éthique, Léon Cassiers livre en fin de son ouvrage le fruit de son cheminement. Il expose ainsi :

Ce long cheminement nous permet de définir l'éthique comme l'ensemble des règles que se donnent les humains pour tenter de réaliser leur bien-être. Si je souligne de la sorte le second terme de cette expression, c'est pour marquer combien il s'agit d'abord d'une manière de se ressentir comme étant, et d'y éprouver une forme d'harmonie¹⁴.

La perspective qui anime le prendre soin est celle du bien de l'humain, de son être bien. La posture professionnelle est celle de tenter de lui apporter un peu de bonheur, quelle que soit sa situation, quel que soit son état. Comme l'indique, dans le fond, Cassiers, nous sommes là dans une *perspective éthique* qui conduit les professionnels à s'interroger sur ce qui est bien et ce qui ne le serait pas en une situation particulière. Ce qui est mis en œuvre par une équipe de professionnels dans cette perspective éthique requiert l'intelligence du singulier de chacun et l'intelligence collective de l'ensemble. Elle se fonde sur une vigilance qui conduit, chacun, à exercer sa sensibilité, une sensibilité qui permet de se montrer sensible à la situation de l'autre, à la manière qu'il a de vivre ce qu'il a à vivre confronté à cette *forme particulière de malheur dans l'existence qu'est la maladie*. Une vigilance qui accroît la capacité de chacun de se montrer judicieusement soucieux de ce qui soucie l'autre et qui, par là, oriente les professionnels dans leur quête de tenter d'apporter un peu de bonheur à l'autre.

Cette vigilance ne va pas de soi, cette vigilance est fatigante car elle confronte les professionnels à l'incertitude de qui est l'autre et les interrogations parfois abondantes qui en résultent ou les difficultés, voire les contrariétés, qui peuvent se faire jour. De surcroît, une vigilance orientée vers le bien de l'autre, vers ce qui est important à ses yeux, vers ce qui fait souci chez lui, vers le bonheur que l'on pourrait lui apporter, requiert une énergie qui ne peut être sous-estimée et qui nécessite de pouvoir se poser et se reposer. La frénésie du faire n'y est pas propice et ajoute de la fatigue à une pratique par nature exigeante du fait de la relation à la personne malade ou dépendant dans laquelle elle s'inscrit. Ce sont les exigences de cette vigilance et de toutes les qualités qu'elle sollicite qui indiquent l'importance de *la parole* des professionnels, parole par laquelle il est possible de *se poser* en vue de partager, de se poser en vue de croiser autant de regards singuliers. Parole par laquelle il est possible, également, de mettre en commun des observations, des interrogations, des intuitions afin de ne pas se sentir esseulés, voire abandonnés avec celles-ci.

14 Cassiers L., *Ni ange, Ni bête – Essai sur l'éthique de l'homme ordinaire*, op. cit. p. 309.

La capacité de délibérer

Le recours à la parole permet de débattre, de délibérer à propos d'une question qui intéresse les personnes en présence. Par le débat, il s'agit de « mettre en discussion ce qui nous concerne », de « soumettre à la discussion ce pour quoi nous avons un intérêt commun ». Pour Alexandre Lhotellier, il s'agit de « tenir conseil », ce qu'il présente comme étant « le conseil » sans « conseils ». Le sous-titre de son ouvrage est révélateur de l'intention de ce *tenir conseil*, il mentionne qu'il s'agit de « délibérer pour agir¹⁵ ». Nous avons là la perspective du débat, de la délibération, une perspective concrète, pratique, celle d'agir. Il ne s'agit donc pas seulement de philosopher à propos d'une question – *ce qui présente un indéniable intérêt par ailleurs* –, mais bien de mettre en discussion une question pour laquelle les personnes en présence ont un intérêt commun en vue d'une action. Nous pouvons, de la sorte, proposer une définition :

Délibérer c'est élaborer ensemble de la pensée en vue d'ensemble agir.

On voit l'importance que revêt la délibération pour le management lorsque les cadres de proximité ont le souci d'*œuvrer à être bien ensemble pour ensemble agir*. Aussi, pour donner des repères à cette capacité de débattre en équipe à propos d'une question qui concerne les membres de cette équipe, nous avons identifié ce que nous avons nommé les *conditions du débat*, les conditions de la délibération. Outre les aspects pratiques d'organisation du moment du débat, il s'agit de sept conditions qui peuvent servir de *repères – et seulement de repères* – lorsqu'il est question de délibérer, ou, le cas échéant, de communiquer.

Les conditions du débat

- Avoir le désir de débattre.
- Voir en chaque participant une personne digne d'intérêt et dont la parole est équivalente en importance.
- Écouter, c'est-à-dire accueillir la parole d'autrui en veillant à se taire lorsque l'autre parle et à ne pas anticiper sa réponse.
- Douter, ce qui consiste à mettre entre parenthèses ses certitudes quant à l'objet même du débat.
- S'interdire de chercher à persuader, ce qui conduit à vouloir faire adhérer l'autre à sa propre pensée.
- Vouloir argumenter pour exposer et expliciter sa pensée sans chercher à persuader.
- Accepter les silences.

Sans le *désir* de débattre, de délibérer, il ne peut y avoir de paroles qui s'échangent dans la perspective sincère et non travestie d'élaborer ensemble de la pensée. Sans la *reconnaissance de l'humanité de l'autre*, humanité

15 Lhotellier A., *Tenir conseil – Délibérer pour agir*, Seli Arslan, Paris, 2001.

qui ne peut souffrir d'une quelconque forme de hiérarchie dans l'importance qu'on lui accorde, et sans l'intérêt que l'on reconnaît en sa parole, parole non réductible à son éloquence, l'humain risque d'être réduit à un statut, ou à un sentiment de sympathie, voire d'admiration ou, encore, à la manière d'exprimer son propos. *L'écoute*, quant à elle, est bien plus difficile qu'il n'y paraît. Que de difficulté dans les groupes de se taire ! Et pourtant, comment accueillir attentivement la parole de l'autre si l'on est en train de se divertir pour exprimer la sienne ? Comment accueillir sa parole si, lorsqu'il l'expose, nous nous envolons déjà vers une ébauche de réponse ou nous nous laissons envahir par des évocations, des représentations, des images parfois bien envahissantes ? Si l'on a besoin de certitudes pour mener, pour arrimer son existence, celles-ci peuvent conduire à ne plus *douter*, à ne plus penser. Pourquoi serait-on enclin à débattre de ce dont nous sommes certains ? Mettre entre parenthèses ses certitudes quant à l'objet même du débat fait courir le risque de « fissurer » ses certitudes mais procure l'avantage de pouvoir les partager, les affiner, les faire évoluer. *L'interdit de la persuasion* s'impose, ici, de manière péremptoire. Persuader c'est œuvrer habilement pour que l'autre adhère à notre propos. La persuasion est une manipulation. Elle traduit que l'on ne reconnaît pas à l'autre la capacité de penser, de cheminer par lui-même vu qu'on tente de le faire adhérer – *c'est-à-dire* « coller à » – à sa propre pensée. Cet interdit de la persuasion voit sa difficulté augmentée par la *nécessité de l'argumentation*, la nécessité de ne pas abandonner l'autre sans lui proposer les arguments de notre pensée. Que de fois l'expression « c'est comme vous voulez, ce n'est pas moi qui suis directement concerné, c'est votre choix », n'apparaît-elle pas comme particulièrement violente, comme la marque d'un désintérêt pour la situation, les choix, voire les dilemmes de l'autre, qui n'a, en fin de compte, qu'à faire ce qu'il veut dans notre profond désintérêt ! Le *silence*, enfin, est ce qui permet de se poser durant le débat. Le silence est ce qui permet de méditer. Ce qui permet, aussi, de rompre la frénésie de la parlotte, frénésie par laquelle un silence est à rompre car perçu comme pesant, voire angoissant. Et pourtant, comment méditer, réfléchir, élaborer de la pensée dans une atmosphère où il faut *parler à tout prix* ? De quelle méfiance ou de quel rapport de force entre les personnes qui se parlent cette frénésie de la parole est-elle le témoin ? De quelles craintes cette nécessité de parler – *y compris seulement du temps qu'il fait* – est-elle le reflet ? Peut-être celle du temps qui passe ?

Le débat ne consiste donc pas à se réunir pour défendre une idée préconçue ou une prise de position. Si des idées peuvent bien évidemment être défendues, la défense de ces idées s'inscrit dans un autre registre, celui d'une stratégie de défense, voire de lutte pour ses idées, mais cela n'équivaut pas à élaborer ensemble de la pensée en vue d'ensemble agir, hormis le cas où la pensée qui s'élabore concerne la stratégie à utiliser. Contrairement à ce que l'on observe parfois, on ne *convoque* donc pas à un débat en vue de défendre ou de soutenir une idée, une prise de position. Une telle convocation constitue, dans les faits, une demande de ralliement pour une idée, une démarche dont on ne débattrait plus, son bien-fondé étant

affirmé. Sous couvert de l'appellation « débat », bien des manœuvres sont menées qui conduisent à défendre des intérêts particuliers ou qui cherchent à faire adhérer le plus grand nombre à ce qui est par ailleurs déjà décidé. Le véritable débat procède, lui, d'une *invitation* qui propose aux participants de délibérer à propos d'une situation ou d'un projet, ou encore d'une idée qui les concerne.

On le voit, être capable de se réunir pour élaborer ensemble de la pensée pour ensemble agir ne va pas de soi. Ce n'est pas si simple qu'il y paraît car il s'agit d'être capable de se « disputer » au sens noble du terme et donc, pour le cadre, de mener cette « dispute » où des idées, des opinions vont s'exprimer, se confronter et parfois s'affronter sans, pour autant, chercher à dominer l'autre ou les autres. Observons combien la qualité du débat, la capacité de délibérer en équipe se révèle ainsi nourricière de l'intelligence du singulier.

Évaluer pour évoluer

Pour qu'une pratique, quelle qu'elle soit, puisse évoluer, il est nécessaire de l'évaluer. *Évaluer consiste à mettre en évidence, à donner de la valeur.* Évaluer n'est pas mesurer. On ne peut mesurer que ce qui est mesurable alors que l'on peut évaluer toute activité. Dans le domaine de la santé et des soins, nous savons depuis longtemps qu'il serait sage de renoncer à mesurer ce qui n'est pas mesurable, de renoncer à mesurer ce qui ne peut l'être pour développer une capacité plus fine d'évaluer et, ainsi, y intégrer de manière judicieuse plus de subjectivité car l'évaluation des pratiques de soins concerne toujours des sujets singuliers. Si évaluer n'est pas mesurer, l'action d'évaluer peut, en revanche, être utilement nourrie par des outils de mesures et les résultats qu'ils produisent. La vigilance est cependant requise pour ne pas « oublier » que ce qui est mesuré ne concerne que le mesurable, uniquement ce qui peut être mesuré. Si la démarche d'évaluation peut être alimentée par des outils de mesures, l'évaluation, néanmoins, confronte à une pratique bien plus exigeante qu'il n'y paraît, car *l'évaluation a pour seul outil la parole*, une parole qui permet d'échanger en *toute subjectivité*, une parole qui permet de débattre, de délibérer et dont les fruits partagés permettent d'élaborer ensemble de la pensée.

Comme nous l'avons déjà mentionné, la qualité des soins n'est pas la qualité du soin. Si la nécessité de l'excellence des techniques de toute nature ne fait aucun doute, la qualité de la pratique soignante n'est néanmoins pas réductible à celle-ci. C'est ainsi qu'« une pratique soignante de qualité est celle qui prend du sens dans la situation de vie de la personne soignée et qui a pour perspective le déploiement de la santé pour elle et pour son entourage¹⁶. » La qualité peut se définir de manière générale comme étant « *la conformité aux exigences.* » Est de qualité un produit ou un service qui est conforme aux exigences que l'on a pour lui. Si des exigences ne sont pas nommées, elles ne peuvent être prises en compte pour apprécier la qualité d'une pratique. Rappelons-nous que « ce qui n'est pas nommé n'existe pas »

16 Hesbeen W., *La qualité du soin infirmier*, Masson, Paris, 2002, p. 55.

et que « ce qui est mal nommé est dénaturé ». Insistons, ainsi, sur l'importance en équipe de nommer, de mettre en mots ce qui est important pour la pratique des membres de cette équipe. Il s'agit de nommer au-delà des seules références scientifiques et techniques pour essayer de dire quelque chose de la subtilité d'une pratique soignante résolument soucieuse de la singularité de l'humain à qui se destinent les soins.

Si la qualité des actes posés peut s'apprécier grâce aux travaux et démarches des experts de la qualité, celle de la qualité de la pratique soignante en tant que sens qu'une telle pratique prend pour un humain singulier ne peut que s'évaluer, s'évaluer par la parole et la délibération où cette parole est mise en perspective. C'est de cette évaluation qui requiert une délibération que naît, à nos yeux, la nécessité de s'octroyer, telles des *oasis de paix* qui sont proposées en vue de se poser, telles des *fontaines de vie* où chacun peut s'abreuver, se ressourcer, des moments dédiés aux *relectures éthiques de situations*.

Relecture éthique de situations cliniques

Par relecture éthique de situations, nous entendons le fait de

Lire à nouveau et à distance nos manières d'être et de faire en regard de la prise en compte de la singularité de l'humain dans une situation donnée.

Il s'agit de situations qui relèvent, selon le cas, de la pratique des soins, de la pratique pédagogique ou, encore, de la pratique managériale.

Il s'agit de lire à nouveau et à distance. C'est d'un regard nouveau sur la situation choisie dont il est question, regard nouveau car posé à distance, « à froid », hors de la pression qui s'exerce durant le feu de l'action, lorsque les émotions, voire les virulences, sont atténuées, voire apaisées. Le but poursuivi est d'évaluer en se rappelant qu'*une pratique qui n'est pas évaluée ne peut évoluer*. La relecture éthique prend une acuité particulière pour atténuer les effets de l'objectivation qui sert de fondement à la médecine et aux diverses pratiques de soins. C'est ainsi que Froment met en garde pour *ne pas rendre le patient victime d'un impératif médical*. Il formule cette mise en garde en constatant que : « Le médecin déduit lui-même du diagnostic la nature du service à rendre, cependant que le malade collabore seulement à la réalisation du projet médical¹⁷. »

C'est pour ne pas rendre l'humain malade ou dépendant victime d'un impératif médical, victime des manières d'être et de faire des différents professionnels, que la relecture éthique prend toute son importance pour évaluer ce qu'ensemble les professionnels font. La relecture éthique leur donne une occasion de délibérer et d'affiner ensemble leur capacité de débattre de situations qui les concernent. Pour guider cet exercice, quatre questions peuvent guider ces moments dédiés à la relecture éthique :

17 Froment A., *Par une rencontre soignante*, op. cit., p. 30 et 44.

Relecture éthique de situations

- Qu'est-ce qui nous interpelle dans cette situation ?
- Quels regards portons-nous sur nos manières d'être et de faire ?
- Quelles satisfactions et insatisfactions pouvons-nous identifier et pourquoi ?
- Si c'était à refaire, que ferions-nous ?

Observons ainsi qu'il s'agit de s'intéresser concrètement à une éthique du quotidien, du quotidien des soins, de la pédagogie ou du management. Une telle relecture permet de s'intéresser à la situation concrète d'un humain singulier. N'est-ce pas parce que l'on ne sait pas toujours comment faire pour bien faire ou que l'on croit faire bien sans se rendre compte de son manque de pertinence, de subtilité, de délicatesse, que la relecture est nécessaire et féconde ? La relecture éthique permet de passer d'une réflexion générale sur l'éthique à une pratique de l'éthique en vue d'améliorer ou d'affiner le quotidien des relations entre les humains. En effet, si la réflexion éthique permet de penser de manière plus abstraite l'humanité universelle de l'autre, la réflexion éthique sur la pratique du quotidien, et en particulier ici, la relecture éthique de situations, permet, quant à elle, de réfléchir de manière concrète à l'humanité singulière de cet autre, un autre ordinaire comme tout un chacun mais, à ce titre, à nul autre pareil. C'est pour cette raison que la réflexion éthique et la relecture que nous pouvons en faire à partir de situations concrètes viennent en aide pour réfléchir à la considération que l'on a pour l'*Autre* sans confondre cette considération avec l'estime que l'on porte dans le concret d'une situation à un *autre*.

Le fil conducteur du management du cadre de proximité nous apparaît ainsi d'accompagner le travail de considération pour l'humain, le cheminement de chacun et de l'ensemble pour réfléchir à l'estime que l'on porte à l'humain et à la prise en compte de son inaltérable dignité.

9 Formation initiale, formation permanente

La formation représente, souvent, une activité conséquente pour le cadre de proximité. Entre l'accueil, l'accompagnement et l'évaluation des stagiaires de différentes disciplines et la formation continue des professionnels de son service sous les différentes formes que prend cette formation continue, il y a de quoi être bien occupé et parfois même préoccupé. Malgré la difficulté qu'éprouvent de nombreux centres de formation pour trouver des « terrains de stages » et malgré l'attrait assez inavouable aujourd'hui pour des stagiaires qui, en certaines circonstances, sont acceptés en vue d'alléger la charge de travail d'une équipe, il nous semble important de souligner que recevoir des stagiaires et contribuer de la sorte à leur formation s'inscrit dans une responsabilité sociale dont l'importance ne peut être sous-estimée. C'est au nom de cette responsabilité sociale que le choix des lieux de stages autant que celui d'accueillir des stagiaires ne peuvent être opérés à la légère. Et parfois, au nom de cette responsabilité sociale et de la capacité réelle qu'a un milieu professionnel de contribuer à la formation des étudiants, il faudra y renoncer, par considération pour chacun.

En effet, les étudiants qui accèderont au marché de l'emploi exerceront une pratique qui sera en grande partie le reflet de la manière qu'ils auront d'y avoir été préparés. Les manières d'être et de faire de ces professionnels à l'occasion des soins qu'ils donneront aux hommes et aux femmes malades ou dépendants seront influencées dans un sens ou dans l'autre par ce qu'ils auront appris, ainsi que par ce qu'ils auront vu et entendu. Ce qu'ils auront appris et vu ne sera pas sans incidences sur la conscience qu'ils auront des exigences de leur futur métier et devrait contribuer à élever l'ambition qu'ils ont pour leur pratique et l'éthique du quotidien qu'elle requiert.

Accompagner le travail de posture

Le lien principal que nous établissons ici entre la formation et la fonction de cadre de proximité réside dans ce que nous pouvons nommer le *travail de posture*. Un tel travail concerne chacun, tant le stagiaire de formation initiale que le professionnel expérimenté. C'est en cela que la formation est également permanente, au-delà des actualisations de connaissances ou des techniques nouvelles à acquérir. Si la posture professionnelle de l'un en est au début des orientations et formes qu'elle prend, celle de l'autre requiert d'être régulièrement interrogée et affinée, parfois aussi d'être réorientée.

La posture évoque assez spontanément une notion de biomécanique, parfois de statique. Il s'agit néanmoins ici d'une dynamique, d'un cheminement. Nous entendons par posture l'*attitude fondamentale sur laquelle repose l'action*. L'attitude n'est pas un comportement mais bien une disposition de

l'esprit qui influencera les comportements, c'est-à-dire la manière d'agir ou de réagir en situation. Parfois néanmoins, les comportements étonneront par leur distance – leur dissonance – par rapport à une attitude, ce qui procure l'occasion d'interroger sa posture. Une posture ne se transmet pas, elle se travaille. Le travail de posture conduit ainsi à cheminer en vue de clarifier, d'affiner l'intention sur laquelle repose sa pratique. La considération que l'on a pour l'humain nous apparaît comme le fil conducteur d'un travail de posture car une telle considération et ce qu'elle recèle comme réflexion, comme prise de conscience et comme parti pris relatifs à l'humain nourrissent fondamentalement le travail de posture de l'étudiant ou du professionnel et donneront, de ce fait, l'orientation réelle, fondamentale, de sa pratique. Ce sont les fruits du travail de posture qui donneront une certaine saveur à la pratique, qui lui donneront un certain relief et qui contribueront sans doute le mieux à atténuer voire à écarter le goût pour le systématisme. Le travail de posture ne consiste pas à étudier des théories ou des concepts ni à imiter des comportements mais bien à cheminer en profondeur avec soi-même. Un tel cheminement peut, néanmoins, être accompagné et alimenté par chacun. Il peut se nourrir de ce que le stagiaire ou le professionnel observe et entend chez les autres. Très souvent un comportement qui étonne, une parole qui interpelle servent d'ingrédients au cheminement. Il y a là de l'ordre de l'exemplarité, pas une exemplarité prétentieuse et bruyante qui tente de s'imposer, mais celle qui, discrète et délicate, interpelle celui qui observe. Le travail de posture est activé par les manières d'être et de faire de chacun, par la délicatesse des propos que l'on tient sur les personnes et leurs situations, par l'engagement qui s'observe chez des professionnels soucieux d'une certaine orientation de leur pratique.

Le choix d'un métier

S'il peut sembler attrayant voire aisé pour certains d'exercer un métier de soins, un tel attrait ne devrait pas conduire à oublier que, quel que soit le niveau de qualification et quelles que soient les techniques mises en œuvre, tous les professionnels de la santé exercent un métier de la relation à l'humain, un métier tourné vers le service à l'humain, sauf à négliger ce dernier. Un métier de la relation à l'humain, même lorsqu'il comporte des aspects éminemment techniques, ne procède pas du même désir et n'est pas confronté aux mêmes exigences qu'un métier qui ne comporte qu'une dimension technique. Oublier cette distinction, c'est faire courir le risque à l'humain qui requiert des soins d'être appréhendé tel un segment technique de la pratique. C'est également faire courir le risque à celui qui donne les soins de se retrouver en difficulté face aux humains malades ou dépendants qui souhaitent exister, qui refusent d'être banalisés et qui n'acceptent pas que soit négligée leur dignité, leur capacité de dire « ma vie ».

Or, ni ceux qui accèdent à une formation de professionnels de la santé ni même ceux qui exercent un métier de soins n'ont nécessairement eu l'occasion de mener une réflexion sur la dimension soignante du métier

qu'ils ont choisi d'exercer. Il est ainsi primordial de se rappeler que faire des soins n'équivaut pas à prendre soin, que la logique de soins n'est pas la logique soignante et que l'attrait parfois prononcé voire immodéré pour la logique de soins, les techniques qu'elle promeut parfois de manière spectaculaire et la frénésie du faire qui l'anime ne peuvent faire oublier que l'avenir de la pratique professionnelle des soins ne se situe pas dans une telle perspective frénétique mais bien dans la nécessité de plus en plus prégnante de prendre en compte la singularité de l'humain, quelle que soit son affection, quel que soit son état.

La prise de conscience par les professionnels et les étudiants tant de la dimension soignante que des exigences qui en découlent nécessite de cheminer pour éclairer et préciser la considération qu'ils ont pour l'humain afin de porter un regard enrichi par ce travail de considération sur les situations humaines. Cela devrait les aider à prendre conscience, au-delà de quelques idées générales, que considérer l'autre, lui porter de l'estime, ne pas négliger sa dignité *ne va pas de soi*. Cela devrait aussi les aider à prendre conscience, au-delà d'une intention naïve, de la difficulté concrète de le respecter en allant plus loin que la spontanéité de ce que l'on éprouve à son endroit, de le respecter sans succomber à la tentation qui ne se veut pourtant pas malfaisante de le réduire à ses caractéristiques ni aux sentiments agréables ou désagréables que l'on éprouve à son contact ; de la difficulté, également, de ne pas le banaliser, plus particulièrement lorsque cet autre est plus faible, plus fragile, plus discret, moins instruit, ou que l'on éprouve à son contact de la difficulté. C'est cette prise de conscience que met en lumière l'importance de l'intelligence du singulier, de la sensibilité qu'elle requiert, et de la subtilité qui l'imprègne. Cela met aussi en évidence la générosité et l'humilité qui caractérisent cette pratique qui, malgré tous les savoirs auxquels elle se réfère et toutes les techniques auxquelles elle a recours, est une pratique de chercheur qui conduit, en tâtonnant, à chercher ce qui convient en vue d'essayer d'apporter un peu de bonheur à cet autre.

Il n'y a pas d'automatisme entre le choix d'un métier de soins et la prise de conscience de telles exigences ; il n'y a pas d'automatisme car la confusion entre la logique de soins et la logique soignante est répandue et l'attrait pour le contenu de la première conduit à ne pas nécessairement prendre conscience de ce que requiert comme qualités humaines la seconde. La logique soignante, riche de tous les savoirs et de toutes les techniques qui font l'attrait des professions de santé, se distingue de la logique de soins par l'orientation donnée à l'utilisation de ces savoirs et techniques, c'est-à-dire fondamentalement par la posture du professionnel qui y a recours. Quelle est la cible de sa pratique, quelle en est la visée ? Les soins donnés à l'humain ou l'humain qui requiert des soins ? C'est ainsi qu'une pratique soignante, soignante car soucieuse de ce qui soucie l'autre, soignante car orientée vers la quête du bien de cet autre, est une pratique qui conjugue à des savoirs et à des habiletés techniques une posture qui conduit résolument le professionnel à regarder du côté de l'humain et à se mettre en quête de ce qui est bien – *ou pourrait être bien* – pour cet autre. Cela exige d'être tourné vers l'accueil à

la singularité de l'autre, vers la prise en compte de ce qui est important pour lui dans la quête de bonheur qui est la sienne. C'est la compréhension de ces exigences qui permet de déjouer le risque de l'arrogance car un métier résolument soucieux de ce qui soucie les hommes et les femmes malades conduit à accepter qu'il n'y a pas de petits ou de grands actes de soins ni de petits ou de grands professionnels de soins ; il n'y a que des actes et des professionnels qui prennent de l'importance en une situation singulière. C'est le souci de ce qui soucie l'humain qui, tout en déjouant le risque de l'arrogance, permet, modestement mais judicieusement, d'accorder une vraie valeur, une vraie importance à ce que nous aimons nommer les « *petites choses* », ces « *mille et un détails* », si souvent délaissés voire moqués par ceux qui n'accordent de l'importance qu'à ce qui leur semble important. Et pourtant, y a-t-il de moyens plus puissants, plus pertinents de témoigner la grande attention que l'on porte à l'autre en étant capable, en une situation donnée, de repérer la « *petite chose* », le « *détail* » qui fera la différence, qui apporte un peu de bonheur, « *juste un peu de bonheur* », un peu de soulagement, d'apaisement, qui procure, dans le fond, le sentiment d'être un humain à qui l'on accorde de l'importance, en qui est reconnue la dignité et qui, de ce fait, existe au-delà des seuls actes qu'il requiert ?

C'est d'une attitude, d'une disposition de l'esprit qu'il est question, ainsi que de la prise de conscience qu'une telle disposition requiert autant que du travail permanent qui permet de l'affiner. Ce travail peut débiter dès la formation initiale et se poursuivre tout au long d'une carrière.

Service et éthique personnelle

Pour amorcer et accompagner ce travail de posture, il nous semble tout d'abord utile de se rappeler que tous les métiers de la santé sont des métiers du service. Rendre service c'est « *faire quelque chose pour quelqu'un* ». C'est pour cette raison que les professionnels de la santé, quel que soit leur statut, sont des professionnels du service car la fonction qui leur est confiée par la société au sein du système de soins est celle de faire quelque chose pour les hommes et les femmes qui requièrent leurs savoirs et leurs techniques de soins. La notion de service est parfois étrangement dévalorisée et perçue comme peu gratifiante, confondue qu'elle est avec une fonction subalterne d'exécution et requérant de la soumission. Faire quelque chose pour quelqu'un n'équivaut pourtant pas à se soumettre à l'autre. C'est de service qu'il est question, pas de servitude qui en est sa dérive, sa pathologie. L'auto-asservissement conduit à s'oublier soi-même dans la relation, ce qui ne permet pas de regarder l'autre comme un autre et ne permet donc pas de le respecter. Observons, par ailleurs, que si le professionnel de la santé ne considère pas qu'il a pour fonction de faire quelque chose pour quelqu'un, cela pourrait le conduire à mener sa carrière en ayant le souci de faire quelque chose pour lui tout en utilisant l'autre pour lui permettre d'exercer son métier, l'autre devenant ainsi l'objet de sa pratique.

Les métiers de soins ancrés dans cette notion de service s'inscrivent ainsi dans une éthique qui conduit les professionnels de ces métiers à interroger

leur éthique personnelle dans leurs comportements professionnels et à se montrer soucieux de celle-ci. Une telle éthique pousse les professionnels à s'assurer de l'intensité et de la sincérité du désir qu'ils ont de se montrer soucieux de l'humain, soucieux de ce qui le soucie, soucieux de le bien traiter à l'occasion des soins qui lui sont donnés et, par là, soucieux d'essayer de lui apporter un peu de bonheur. Rappelons-nous que cela ne va pas de soi et qu'il n'y a pas d'automatisme entre le choix d'un métier de soins consacré au service et l'envie d'accueillir et de prendre en compte la singularité de l'autre.

Se sentir concerné par la situation de l'autre

Le terme « motivation » est fréquemment utilisé pour dire quelque chose de l'*intensité de l'envie* qui peut animer un humain de réaliser une activité, d'atteindre un objectif, de créer un objet, une œuvre, de développer ou d'améliorer une relation, de promouvoir une idée ou de défendre une cause, mais aussi de guérir d'une maladie ou d'atténuer une dépendance ou encore de contourner un obstacle. Tous les humains sont ainsi concernés par la « dose » d'envie plus ou moins importante et variable qu'ils mettront dans l'atteinte de leurs desseins.

Prendre soin des hommes et des femmes malades requiert une motivation, une intensité de l'envie de prendre soin – *un désir* – qui conduit, jour après jour, à côtoyer avec talent des personnes dont la situation les confronte à un risque accru de vulnérabilité, de fragilité. Cette motivation n'est pas celle de l'abandon de soi, mais celle d'une présence soucieuse et respectueuse qui précède et entoure les nécessaires connaissances scientifiques et habiletés techniques. Sans motivation, la présence s'estompe et les actes se systématisent, ouvrant le risque à une banalisation de l'humain. C'est ainsi que la motivation du soignant médical ou paramédical interpelle au quotidien son éthique personnelle au cœur même de sa pratique professionnelle. Cela n'est pas simple car il s'agit d'une motivation du quotidien. Une motivation du quotidien au cœur même de la pratique professionnelle. Voilà un défi pour les structures de soins, dans les manières d'être et de faire de leurs différents managers, cadres, directeurs et chefs de service, mais également dans la capacité d'y penser les modalités d'organisation de la pratique du quotidien. En effet, si l'on ne peut motiver l'humain au travail, les responsables des organisations n'ont-ils pas le devoir de réfléchir aux conditions de l'émergence, du maintien et du déploiement de cette intensité de l'*envie de faire quelque chose pour quelqu'un* ?

La motivation est souvent décrite comme la clé principale de la réussite et du plaisir que l'on peut ressentir lors de l'atteinte d'un résultat satisfaisant. Jacques Brel y voyait la condition du talent lorsqu'il déclarait : « Le talent, c'est avoir envie de faire quelque chose pour quelqu'un. » Il apparaît ainsi bien difficile, au-delà des capacités professionnelles de tous ordres, de se révéler un professionnel soignant talentueux auprès d'un homme ou d'une femme malade, sans se sentir concerné par sa situation et sans être animé par cette envie de faire quelque chose pour cet autre, de prendre en

compte la singularité de sa situation et la manière particulière et à nulle autre pareille qu'il a de vivre ce qu'il a à vivre à l'occasion des soins qu'il requiert. Le verbe « animer » nous donne deux indications, celle de « se mettre en mouvement », ce qui équivaut à « allumer son moteur » en vue de réaliser quelque chose, mais aussi celle de « donner de l'âme », c'est-à-dire donner à sa pratique un certain relief qui, pour ce qui concerne le prendre soin, est nécessairement marqué par la subtilité, l'humilité, la bienveillance, la générosité, la délicatesse, la créativité. Il se dégagera, grâce à ces qualités, une saveur agréable que nous pouvons nommer une « saveur soignante » et qui donne aux gestes et aux actes posés, si sophistiqués soient-ils, le visage d'un humain soucieux – *tout simplement* – d'être présent à un autre humain, un humain soucieux, *tout simplement*, de ce qui soucie cet autre et du bonheur qu'il pourrait lui apporter.

Motivation et vocation

Le terme « vocation » est fréquemment rejeté, en particulier au sein de certains métiers de soins. Il évoque un passé avec lequel l'on souhaite rompre en raison des conditions de soumission associées à ce passé. Pour aller au-delà des seules évocations péjoratives et afin de ne pas rester prisonniers des seules connotations, en particulier, religieuses, il est utile de préciser le sens profond du terme. Osons néanmoins puiser dans le milieu religieux une manière juste de l'explicitier. Dans son ouvrage posthume, Sœur Emmanuelle expose ce que fut sa vocation avant même que de la relier à son engagement religieux. Ce qu'elle écrivait nous semble particulièrement éclairant :

Quel serait le secret de la réussite d'une destinée ? Il me semble que l'essentiel, au départ, est de trouver sa vocation profonde, c'est-à-dire d'élucider où le meilleur de soi – intelligence, volonté, cœur – trouvera à s'épanouir pour soi et pour les autres, et ensuite de s'acharner pour l'actualiser, sans changer de route à chaque difficulté.¹

Que serait la motivation pour exercer un métier soignant, pour exercer un métier résolument tourné vers l'humain et sa complexe singularité sans cette vocation, vocation qui conduit, après avoir élucidé le meilleur de soi-même, à s'impliquer, jour après jour, dans cette relation à l'autre ? Tous les humains n'ont pas cette capacité car tous les humains n'ont pas vocation à exercer un métier de la relation à l'humain, en particulier à l'humain malade, affaibli et qui requiert des soins. C'est de clarifier pour soi-même sa vocation à exercer un métier de la relation à l'humain malade ou dépendant et de prendre pleinement conscience des qualités humaines requises et des exigences relationnelles associées à l'exercice de tels métiers dont il devrait être question avant que de s'y engager et de vouloir y perdurer.

1 Sœur Emmanuelle, *Confessions d'une religieuse*, Paris, Flammarion, 2008, p. 321.

Prendre soin de son désir

D'où vient la motivation, cette intensité d'une envie ? Elle vient de soi, du sens que prend ce que l'on cherche à atteindre, ce que l'on souhaite réaliser. Contrairement à ce que donne à entendre une expression répandue, on ne peut motiver l'autre. On ne peut le motiver à étudier, à travailler, à guérir ou à récupérer. Seul l'humain peut se motiver pour réaliser ce qu'il lui est désirable de réaliser, pour atteindre le but qu'il lui est désirable d'atteindre ; ce but est désirable car il apparaît comme « sensé », il « fait sens » en une existence. Ceci n'exclut nullement que cette motivation ne puisse être aidée, accompagnée, encouragée, mais ne nous y trompons pas : nous ne pouvons pas donner du sens à l'existence de l'autre et à tout ce qui la compose ; au mieux pouvons-nous aider à en identifier et à en révéler le sens mais nous ne pouvons le donner.

Sans le désir de mettre plus de soin dans les soins, il ne saurait y avoir de pratique tournée vers le bien de l'humain malade ou dépendant. Sans le désir du professionnel et sa motivation qui traduit l'intensité de son désir, il ne saurait y avoir d'intelligence du singulier et la subtilité, la sensibilité, la délicatesse, l'humilité et la générosité qui la composent. Une générosité, objet de tant de malentendus dans le contexte professionnel. Une générosité, pourtant, qui conduit à « *faire un plus que ce qui est attendu* », une générosité qui témoigne de l'envie du professionnel de ne pas seulement bien faire ce qu'il y a à faire mais, également, de son envie de « *faire du bien* » à l'autre, de lui apporter un peu de bonheur. Au sein des relations humaines, c'est la générosité qui génère. Elle génère, notamment, le sentiment d'être important dans le regard de l'autre ce qui permet à cet autre de nous offrir en réponse, et avec les moyens parfois très simples voire limités qui sont les siens, les signes de sa satisfaction voire du plaisir d'être à notre contact. Plus nous sommes en présence d'un humain enfermé dans sa maladie ou dans sa situation, voire dans ses comportements, plus la générosité dont nous serons capables de faire preuve poura l'aider à sortir, même un tout petit peu, de son enfermement.

Dans son ouvrage *Prendre soin de l'être*, Jean-Yves Leloup, se référant aux Thérapeutes d'Alexandrie à l'époque de Philon au début de notre ère, indique l'importance que ces thérapeutes accordaient au « prendre soin de son désir ». Définissant la santé ainsi que le bonheur comme un accord paisible de notre comportement avec notre plus intime désir, prendre soin de son désir consiste, ainsi, en la nécessité de le réorienter lorsqu'il est « perdu ». L'auteur précise :

Nous sommes là aux racines de ce qu'on appellera plus tard l'éthique, ou encore la morale. Le mot péché, en grec bamartia, on le sait, veut dire 'manquer la cible', viser quelque chose et ne pas parvenir au but. [...] Le premier effet thérapeutique de l'enseignement des Thérapeutes sera de redire à l'homme le but et la finalité de son désir, car, étant devenu machine désirante, jouet de multiples pulsions, son drame et sa souffrance sont de ne plus

*savoir vers quoi, vers qui se tournent la multitude de ses désirs souvent contraires ou opposés.*²

Observons que le désir de prendre soin de l'autre avec pour visée le bien de l'autre constitue, d'une part, la source même de la motivation qui animera le professionnel et, d'autre part, ce qui lui permettra de s'impliquer pour donner et vie et consistance à une préoccupation permanente d'éthique du quotidien des soins.

Du renoncement au pouvoir à l'humilité

Se soucier de ce qui soucie l'autre, accorder de la valeur aux « petites choses », déployer une intelligence du singulier et inscrire celle-ci dans une intelligence collective ainsi que dans un souci de solidarité d'équipe, ce sont autant d'éléments qui font appel à l'humilité du professionnel et qui se révèlent incompatibles avec la parfois très attrayante tentation du pouvoir.

Les relations humaines sont, en effet, régulièrement marquées par la rudesse, les rapports de force, l'esprit de compétition. Dès la formation initiale cet esprit est parfois déjà bien présent. Les plus forts – *mais que signifie être le plus fort en qualité d'humain et combien de temps cela dure-t-il ?* – se sentent ainsi régulièrement autorisés, et parfois avec une déconcertante facilité, à s'imposer aux plus faibles, parfois à vouloir les dominer. S'imposer à l'autre, vouloir le dominer, chercher à le devancer, à le surpasser ne permet pas de le regarder avec une intention bienveillante. Dominer ou se mettre en compétition avec celui qui est affaibli ne permet donc pas de le respecter et encore moins de le bien traiter, ce qu'illustre l'anecdote suivante :

*Deux explorateurs rencontrent un lion. L'un se met à courir. L'autre lui dit : « Cela ne sert à rien, un lion court plus vite qu'un homme. » L'autre répond : « Je ne compte pas courir plus vite que le lion, mais plus vite que toi. » Un tel système ne semble pas viable sur la durée, collectivement et individuellement, car il est destructeur de valeur à long terme et broyeur d'humanité. Une certaine prise de conscience voit le jour.*³

Si l'intention de dominer est familière de la tentation du pouvoir, elle est néanmoins étrangère à l'exercice de l'autorité, autorité au sens premier et noble du terme et qui n'est pas seulement celle d'un chef mais bien celle de tout professionnel, celui qui l'exerce tentant d'aider à croître, d'aider à grandir, d'aider à faire face à une difficulté. Il est également possible pour

2 Leloup J.-Y., *Prendre soin de l'être*, op. cit. p. 24.

3 Pietrac E., « Les nouvelles orientations des ressources humaines », in *Les Échos*, 16 et 17 mai 2008.

cette autorité de donner des repères afin de pouvoir se guider et de ne pas se perdre. Faire preuve d'autorité n'est pas être autoritaire ; de plus, vouloir dominer c'est faire aveu de faiblesse alors qu'exercer l'autorité requiert de faire preuve de sérénité. Vouloir dominer n'exprime-t-il pas en effet sa propre faiblesse face à la peur de l'autre, une peur qui conduit à vouloir exercer une emprise sur cet autre afin de l'éviter de se confronter à son regard, d'entrer en relation, de se laisser interpellé par lui ? La sérénité, quant à elle, ne témoignerait-elle pas d'une forme modeste d'assurance, d'un subtil équilibre entre ses doutes et ses certitudes, les premiers comme les seconds étant le plus souvent momentanés, transitoires ? L'intention dominante et, plus précisément, tous les comportements par lesquels cette intention s'exprime nous semblent ainsi particulièrement inappropriés dès lors qu'il est question de relation à l'humain et de solidarité, et ce quel que soit le métier exercé.

Si le cadre de proximité ne peut espérer modifier les comportements des personnes qu'il encadre ou des stagiaires qui sont accueillis, il peut, en revanche, agir pour éloigner la tentation du pouvoir, notamment en interpellant les multiples manières qu'a cette tentation de s'exprimer. En effet, la tentation du pouvoir est parfois bien présente chez les soignants. Elle est celle qui conduit à *exercer une emprise sur l'autre* ce qui, dans les faits, ne demande pas beaucoup d'effort. Les hommes et les femmes malades qui requièrent des soins sont dans une situation d'affaiblissement voire de fragilité, de vulnérabilité alors que le soignant apparaît comme celui qui va les aider, les soulager. De surcroît, le soignant bénéficie d'un statut qui lui donne une certaine force. Nous sommes dans le rapport du fort au faible. N'y a-t-il pas une forme de lâcheté à exercer une emprise sur l'autre dès lors que cet autre est affaibli, que sa situation le rend plus fragile, plus vulnérable, l'empêchant de se défendre dans un « rapport de forces » équitable ? On voit bien que le fort ne doit pas vraiment consentir d'effort pour s'imposer au faible. On ne peut accueillir la singularité de l'autre lorsque l'on est animé plus ou moins consciemment de la volonté d'exercer sur lui une emprise. Ce qui grandit le soignant conscient de sa position dominante – *de fort* –, c'est lorsqu'il décide, en pleine conscience, de renoncer à exercer une emprise sur l'autre et, à ce titre, décide de faire preuve d'humilité. Il y a là, pour le soignant, un effort à consentir pour renoncer à son pouvoir ou, plus simplement, pour se montrer vigilant afin que sa fonction ne soit pas perçue comme une fonction de pouvoir malgré le statut qu'elle lui confère et l'autorité bienfaisante qu'elle permet d'exercer.

L'humilité est ce qui conduit à être humble face à l'autre. N'est-ce pas elle qui permet, parfois, de constater que l'on peut être heureux d'avoir apporté un peu de bien, un peu de bonheur à autrui ? L'humilité n'est ni effacement ou encore moins soumission, elle est ce qui exprime la reconnaissance en tant qu'humain de l'équivalente humanité de l'autre, et la pleine valeur que nous donnons à son existence, ni plus, ni moins importante que celle de tout autre ; elle témoigne de ce fait que nous avons *conscience que nous ne pouvons tout comprendre de l'autre* et, dès lors, que nous ne

pouvons désirer à sa place sans vouloir s'imposer à lui. Cette humilité dans les métiers soignants est parfois mise en difficulté par le statut même de soignant. En effet, le soignant a suivi des études et acquis des diplômes qui lui permettent de comprendre le fonctionnement de l'organisme humain. A ce titre, il est professionnel de la santé et autorisé à agir pour la santé des humains. Néanmoins, le statut de professionnel de la santé conduit parfois à une illusion, celle de comprendre l'autre et tout ce qui concerne sa santé. Ne nous méprenons pas, si tous les savoirs acquis par le professionnel et tous les moyens d'actions dont il dispose sont indubitablement utiles pour l'exercice de son métier de soignant, il n'a, dans les faits, à sa disposition que des clés de compréhension qui n'ouvrent cependant pas tous les accès, si qualifié soit-il. C'est là que réside le risque du manque d'humilité : oublier qu'une qualification, si importante ou prestigieuse soit-elle, n'autorise en aucun cas à ignorer la singularité de l'autre. Dès la formation initiale, l'étudiant devrait rencontrer des professionnels qui lui rappellent les risques de l'arrogance et le manque de respect dont elle témoigne, et qui l'interpellent sur la nécessité, pour essayer d'accueillir et de prendre en compte la singularité de l'autre, de faire preuve d'humilité.

Prendre le sujet au sérieux

Le travail de posture se traduit concrètement dans la manière de regarder l'humain malade, de reconnaître ou non la compétence qui est la sienne à l'occasion de la maladie qu'il vit et des soins qu'il requiert. Vouloir accueillir la singularité de l'autre nécessite de reconnaître cet autre comme un sujet, pas seulement comme un sujet de soins mais, de manière plus subtile, comme un humain singulier, sujet de sa propre existence et non réductible aux soins qu'il requiert. Comme nous l'avons déjà mentionné, un tel sujet ne se comporte pas nécessairement de manière raisonnable ; entendons par là qu'il ne s'inscrit pas nécessairement dans ce que la raison des professionnels désigne, arguments fondés à l'appui, comme *la* bonne voie à suivre. Les professionnels de la santé éprouvent régulièrement une forme de difficulté à accepter que l'humain ne se montre pas raisonnable, car leurs différentes formes de savoir les conduisent à se positionner légitimement tels des experts de la santé. Néanmoins, si leurs savoirs leur donnent un certain degré d'expertise, cela ne devrait pas les conduire à se croire les experts de la vie de l'autre. Pour préciser ceci, Philippe Lecorps⁴ nous rappelle que « Le sujet désirant ne veut pas nécessairement son bien », nous invitant, par là, à *prendre le patient au sérieux* :

Prendre au sérieux le patient comme sujet-désirant, c'est accepter comme soignant, le caractère de subsidiarité de la fonction éducative ; c'est-à-dire reconnaître au sujet sa position d' « auteur » de sa vie et, de ce fait, se

4 Philippe Lecorps et Jean-Bernard Paturet, *Santé publique : du biopouvoir à la démocratie*, Ed de l'ENSP, Rennes, 1999.

placer dans une simple position d'appui, d'auxiliaire. C'est abandonner la position d'expert, c'est-à-dire de quelqu'un qui saurait le bien de l'autre et s'efforcerait de l'y conduire. On n'attend pas de l'éducateur qu'il dise les règles du bien-vivre, car il ne les a pas, si l'on entend par règles du bien-vivre les conditions qui mèneraient au bonheur par exemple. On attend plutôt de l'éducateur qu'il contribue à créer les conditions de possibilité qui permettront au sujet humain, quelle que soit sa pathologie, de déployer sa vie.

Dans le même registre, R.-P. Droit nous rappelle que l'humain est coutumier de ce qu'il nomme une « négaffirmation ». L'auteur renvoie ainsi à Platon qui, déjà, soulignait « comment mon désir me fait oublier ce que la logique me fait discerner. J'affirme que le médecin a raison, que la diététique est utile, mais je le nie aussitôt en préférant, comme un enfant, les séductions du cuisinier. Je finis par me raconter que ce qui est bon pour mes papilles l'est aussi pour ma santé, bien que je sache, dans le fond, que c'est faux. »⁵. Ceci ne débouche-t-il pas sur cette expression si répandue : « Je sais bien mais quand même... » ? Dire non tout en approuvant et dire oui tout en renâclant, voilà un effet de la singularité de l'humain qui peut se révéler bien contrariant mais qu'il est vain de vouloir changer de manière autoritaire.

Délicatesse et élégance relationnelle

L'humain qui requiert des soins n'est pas différent de l'humain ordinaire. Il est, dès lors, comme tout humain, rare, précieux, exceptionnel car unique, sauf que son état le confronte à une faiblesse et, ainsi, à un risque plus grand de fragilité, de vulnérabilité. C'est pour cette raison que la considération qui lui est témoignée requiert, dans chacun des actes professionnels posés et encore plus que dans la vie ordinaire, des comportements soucieux de ce que nous nommons une *élégance relationnelle*, qui traduit dans les manières d'être et de faire des professionnels leur *goût de l'esthétique dans les rapports humains*. Une telle élégance et un tel goût de l'esthétique n'ont aucun rapport avec une forme de comportement « sur mesure » et empreint de manières techniquement préparées ; c'est d'une vraie élégance dont il est question, celle qui, par l'esthétique qu'elle exprime, témoigne à cet autre de l'importance que l'on accorde au simple fait qu'il soit humain, un humain ordinaire et, à ce titre, exceptionnel.

La *délicatesse* ou le sens de *ce qui est délicat, fin, raffiné* exprime concrètement ce sens de l'élégance, ce goût de l'esthétique, goût qui se traduit dans la façon de toucher, de regarder, de parler, d'écouter, d'être tout *simplement* présent à cet autre. Dans son ouvrage intitulé *Cinq méditations sur la beauté*, l'académicien français François Cheng⁶ expose que, pour lui, « la

5 Droit R.-P., in Les Échos du 29 septembre 2010.

6 Cheng F., *Cinq méditations sur la beauté*, Paris, Albin Michel, 2006.

beauté, c'est tendre vers la plénitude d'une présence. » Une telle beauté n'est pas à confondre avec la joliesse. Elle est celle qui se dégage, se perçoit d'une manière d'être présent à l'autre, ce qui est bien éloigné de la manière que l'on peut avoir parfois d'être *chez* l'autre. Elle est celle qui conduit à chercher une parole juste ou à préférer un silence judicieux à des réponses « toutes faites », réponses toutes faites qui génèrent, si souvent, un sentiment d'abandon par manque de délicatesse, de subtilité. Une parole frénétique et systématique par laquelle personne ne se sent ni concerné, ni considéré. Cette élégance relationnelle et le goût de l'esthétique dans les rapports humains qui la sous-tend peuvent sembler des préoccupations désuètes ou encore secondaires dans un contexte professionnel marqué par la rigueur et la frénésie du « faire ». Y a-t-il néanmoins la possibilité de témoigner à l'autre la considération sincère que l'on a pour lui sans se montrer soucieux de la délicatesse de nos manières d'être et de faire, de ce goût pour l'esthétique, de l'élégance qui s'en dégage ? L'écrivain Paul Valéry y voyait une forme de poésie :

Soigner. Donner des soins, c'est aussi une politique. Cela peut être fait avec une rigueur dont la douceur est l'enveloppe essentielle. Une attention exquise à la vie que l'on veille et surveille. Une précision constante. Une sorte d'élégance dans les actes, une présence et une légèreté, une prévision et une sorte de perception très éveillée qui observe les moindres signes. C'est une sorte d'œuvre, de poème (et qui n'a jamais été écrit), que la sollicitude intelligente compose.⁷

L'importance que l'on accorde au sein d'un service à la délicatesse, au souci de l'élégance dans la relation à l'autre et pas seulement à l'autre qui est affaibli par la maladie ou la dépendance contribue à une atmosphère apaisante et témoigne concrètement aux étudiants stagiaires de la considération que l'on y a pour l'humain et de la volonté de se détacher de la frénésie du faire.

Capacité d'inférence

Si le développement technoscientifique récent a profondément transformé la médecine grâce à l'explosion des connaissances et des techniques auxquelles elle a recours, elle a, également, modifié la relation des différents professionnels à l'humain malade ou dépendant, de plus en plus absorbés qu'ils sont par les règles de bonnes pratiques, la sécurité qui en résulte et la traçabilité qu'elles requièrent. La fascination que l'on rencontre parfois chez les étudiants pour les théories ainsi que les manières de les enseigner

⁷ Valéry P., *Politique organo-psychique*, Paris, Bibliothèque de La Pléiade, Gallimard, 1957.

voire d'imposer d'y avoir recours ne sont pas propices à un esprit critique, au déploiement d'une intelligence du singulier et à la subtilité qui l'imprègne. Rappelons-nous qu'une théorie ne pense pas. Rappelons-nous, également, qu'il n'y a pas de science du singulier et, dès lors, que les théories ne sauraient nous dire qui est l'autre en nous délivrant de la nécessité de penser sa singularité. Là n'est d'ailleurs pas la fonction d'une théorie.

N'est-il pas étrange, ainsi, de parfois vouloir imposer le recours à une théorie de soins servant de référence unique à tous les professionnels d'un service ou d'un établissement ou à tous les étudiants d'un même centre de formation ? Comment cela peut-il favoriser l'intelligence du singulier autant que l'intelligence collective des professionnels ? Cela a parfois conduit par le passé à l'illusion que l'être humain est « fait » d'un certain nombre de besoins fondamentaux identiques chez chacun. Comment peut-on essayer de côtoyer la complexité de l'autre en fondant la pratique soignante sur une et une seule théorie ? N'est-il pas étonnant d'observer que des équipes pluridisciplinaires se voient parfois imposer une théorie de soins infirmiers alors que leurs formations respectives les ont conduit à d'autres références théoriques ? Ce « prêt à penser » ne provoque-t-il pas un « arrêt de la pensée » ?

Si la tentation d'une pratique scientifique et technique chez les étudiants et chez certains professionnels est compréhensible car elle atténue le poids de l'incertitude des situations, il ne peut s'agir, néanmoins, que d'une tentation, tentation résistante parfois, mais qui ne résiste pas à l'épreuve de la réalité, celle de la complexité de l'humain singulier et de l'intelligence de situation que cette prise en compte de sa singularité requiert. C'est ainsi, pour déployer son intelligence du singulier, que le professionnel a besoin de se référer à différentes formes de savoirs dont tous ne sont d'ailleurs pas savants. Souvenons-nous que le soignant est un chercheur, il cherche ce qui convient au cœur de la situation particulière de cet autre. Pour chercher, le professionnel devra, ainsi, se mouvoir, de-ci de-là, pour donner forme et ampleur à sa quête de ce qui est bien, à sa recherche de ce qui convient à cet autre. Se mouvoir, de-ci, de-là, requiert de la souplesse, non de la rigidité. De l'audace aussi pour s'écarter des évidences afin de ne pas occulter la singularité d'une situation. Se mouvoir de-ci de-là nécessite ainsi de « naviguer » entre différentes disciplines, de « naviguer » entre tant et tant d'éléments différents de savoirs. Ce dont il est question, ici, c'est de la *capacité d'inférence* des professionnels, ce que nous pouvons définir comme suit :

La capacité d'inférence est la capacité d'aller puiser, dans un champ étendu et diversifié de savoirs, les éléments, les ingrédients, qui vont permettre de voir un peu plus clair dans une situation et tenter d'y agir avec pertinence.

Prendre soin de l'autre, lui porter une attention particulière, se soucier de ce qui le soucie ne consiste donc pas à appliquer une ou des théories, si élaborées soient-elles, mais bien à y avoir recours pour apprécier en situation ce qui convient à l'humain dont l'on se propose de prendre soin. Insistons à nouveau, *les théories et les connaissances ne pensent pas, elles sont de la matière*

à *penser*. Ce propos ne comporte aucun discrédit à l'endroit des théories et connaissances diverses mais rappelle leur juste place et leur incontestable utilité, celle de se proposer comme autant de matières à penser. C'est par considération pour l'humain singulier et la prise en compte de sa dignité que les professionnels n'exercent ni une pratique scientifique, ni une pratique systématique, mais bien une pratique créative, nourrie judicieusement et rigoureusement par de nombreux et variés éléments de sciences et qui débouche, chaque fois, sur une œuvre unique.

De la formation et de la formativité

Déclarer que la formation – qu'elle soit initiale ou continue – est essentielle au développement humain, à la démocratie, à la vie en société, au sens du bien commun et à l'épanouissement de chacun ne fait pas vraiment courir le risque de la contradiction. Le propos s'inscrit dans ce qu'il est correct d'exprimer comme étant de « bien entendu » et que l'on qualifie volontiers ainsi. Néanmoins, pour éviter un « mal entendu », il se révèle bien souvent utile de préciser la finalité de la formation et, avec elle, la finalité poursuivie tant par ceux qui, au titre de « formateurs », la dispensent que par ceux qui la commanditent et l'organisent. C'est que la formation repose sur une intention, intention elle-même ancrée tant dans la considération que l'on a pour l'humain qui se forme que dans le but qui lui est assigné. Nous pouvons ainsi être interpellés par une expression rencontrée parfois dans les milieux professionnels, en particulier lorsque des problèmes sont à résoudre : « *il faut l'envoyer en formation* ». La destination de cet envoi n'est pas nécessairement explicite dans la bouche de la personne qui a recours à cette formulation mais l'on aperçoit aisément là une dérive, celle de l'instrumentalisation de la formation et, avec elle, celle des personnes que l'on y envoie. De la sorte, la formation peut aboutir à un tout autre résultat que celui qui s'exprime assez spontanément et de manière bien-pensante. C'est le risque encouru lorsque le formateur veut « formater » en s'assurant, par exemple, une « bonne » intégration de ses propos voire une adhésion à ceux-ci ; dans un cas comme dans l'autre, cela n'équivaut ni à nourrir ni à susciter un processus de compréhension personnelle, celle dont est capable le sujet que l'on reconnaît comme pensant et qui requiert, pour ce faire, des cheminements intérieurs et la patience qui les caractérise. Lorsque l'intention plus ou moins explicite n'est pas celle de formater, elle se tourne alors vers ce que Bernard Honoré nomme « *la formativité* », cette capacité de chacun de donner naissance à ses propres formes, elles-mêmes alimentées tant par des connaissances formelles que par le débat et la mise en mots des ressentis de l'expérience. La formation constitue alors une « œuvre », pour reprendre le titre d'un de ses ouvrages⁸.

Un autre risque d'instrumentalisation de la formation réside dans les objectifs institutionnels qui lui sont assignés et l'attente opérationnelle parfois immédiate qui en est espérée voire exigée en termes de « retour sur

8 Honoré B., *Vers l'œuvre de formation. L'ouverture à l'existence*, Paris, L'Harmattan, 1992.

investissement ». Il s'agirait de la sorte d'agir sur les personnes en formation pour qu'elles se transforment en instruments d'une politique institutionnelle, ce qui ne procède pas de la même démarche que de les convier à en devenir les acteurs. Cette instrumentalisation ne peut que décevoir à plus ou moins brève échéance car elle néglige l'intelligence du sujet, intelligence humaine incontournable dans toute relation de soin, quelle que soit sa nature et quels que soient les actes sophistiqués ou non qui la sous-tendent.

Professer : tenir une parole engagée

La formation poursuit ainsi pour nous le but d'éclairer l'humain pour qu'il ne reste pas dans la pénombre, de l'aider à s'élever, quelle que soit sa condition, de lui permettre, au rythme qui est nécessairement le sien, de découvrir ses talents et d'identifier ses limites pour aller libre et autonome l'existence singulière qui est la sienne. Si la formation se réfère sans concession à des connaissances rigoureuses, elle ne saurait accomplir son œuvre si elle ne contribuait pas à la liberté, à l'autonomie par la capacité critique de chacun. Il ne s'agit pas d'abreuver voire de noyer de connaissances mais de situer celles-ci dans la perspective du questionnement afin que chacun puisse, au gré de son cheminement, voir un peu plus clair dans les questions qu'il se pose et se présenter au monde tel un humain un peu plus éclairé, un peu plus libre. Le constat que posait de manière acerbe la romancière Muriel Barbery attire ainsi l'attention sur les effets d'un enseignement riche de connaissance mais appauvri de perspective critique : « Ma mère, qui a lu tout Balzac et cite Flaubert à chaque dîner, démontre chaque jour à quel point l'instruction est une escroquerie fumante. »⁹ A ne quoi sert de prononcer des phrases tels des aphorismes si les propos tenus ne reflètent pas la sincérité de celui qui les prononce ? Manquer de sincérité, c'est mentir et mentir, c'est tromper, ce qui ne permet pas d'établir ou de pérenniser une relation de confiance. L'acteur Michel Serrault mentionnait ainsi son refus de voir des textes prononcés par de simples « porte-parole » ; il déclarait à propos de son propre métier : « Si on n'a pas d'intention intérieure, les mots ne veulent rien dire. Je voudrais être un passeur, un messenger. Je suis contre les acteurs qui se disent 'humbles serviteurs de l'auteur'. »¹⁰ Aussi ne s'agit-il pas, par la formation, de contribuer, sans prétention démesurée, à ce que l'épistémologue français Gaston Bachelard nomme « l'Esprit scientifique »¹¹, c'est-à-dire un esprit qui s'interdit d'émettre une opinion sur une question qu'il ne comprend pas ?

La formation, qu'elle soit initiale ou continue, se trouve confrontée au désir de l'autre de se former. Se former c'est *prendre de nouvelles formes*. Dans le fond, sauf à vouloir formater l'autre, ce à quoi certaines méthodes aboutissent, nous n'avons modestement d'autres choix en qualité de

9 Barbery M., *L'élégance du hérisson*, op. cit. p. 20.

10 Serrault M., extrait d'un communiqué de presse à l'occasion du décès de l'acteur, juillet 2007.

11 Bachelard G., *La formation de l'esprit scientifique*, Vrin, Paris, 1983.

« formateurs » que d'accompagner cette « formativité » de l'autre, c'est-à-dire de faciliter l'accès à ces nouvelles formes, de favoriser, tels des maïeuticiens, la naissance de formes nouvelles chez les personnes auxquelles s'adresse le contenu de nos formations. C'est ainsi que le métier de professeur et, par extension, celui de formateur ou de tuteur de stage, consiste à *professer*, c'est-à-dire tenir une parole engagée sur le thème de son enseignement, sur le métier au sein duquel l'on a pour fonction de « tutorer ». Tenir une parole engagée consiste à exposer clairement des savoirs tout en les situant dans une perspective critique, une perspective qui aide les étudiants et les stagiaires à aller au-delà d'un simple apprentissage de contenu ou d'une simple acquisition de techniques.

Vouloir accueillir la singularité de l'autre, le respecter, déployer une intelligence du singulier, faire preuve d'humilité et renoncer à exercer une emprise sur l'humain malade, voilà bien des choix dont il faut avoir envie pour pouvoir les réaliser. C'est de l'intensité de cette envie que naîtra la motivation du soignant et que s'élèvera son ambition pour l'exercice de son métier afin, *tout simplement*, de prendre soin des hommes et des femmes malades dans le respect de ceux-ci et avec l'intention sincère de tenter d'accueillir leur singularité. C'est dès la formation initiale et grâce, entre autres, aux prolongements de celle-ci de manière permanente que les manières d'être et de faire des professionnels témoigneront de leur souci d'une éthique du quotidien des soins au sein même de leur pratique concrète du quotidien.

10 Recherche et développement

Les activités de recherches et de développement sont souvent décrites comme importantes et désignées comme le gage de la reconnaissance d'une profession. Pour permettre de réaliser de telles activités, des budgets sont régulièrement débloqués et, en certaines circonstances, des bourses sont attribuées ou des prix sont décernés. Tout cela participe d'une dynamique professionnelle et institutionnelle nourricière d'une atmosphère propice à l'innovation.

Néanmoins, et sans nullement minimiser l'intérêt de tout ce qui peut être entrepris sous l'expression « recherche et développement », la fonction de cadre de santé nous semble devoir principalement et, en tout cas, prioritairement être tournée vers l'accompagnement des professionnels et l'organisation de la pratique quotidienne des soins. Organiser et accompagner la relation singulière de soin requiert une vigilance qui occupe pleinement le cadre de proximité. De même, l'éthique du quotidien des soins qui conduit, chacun, à essayer de mettre plus de soin dans les soins, qui sollicite chacun pour inscrire sa pratique dans une quête de ce qui est ou serait bien dans la situation de l'autre pour essayer de lui apporter un peu de bonheur, occupe, également, les professionnels à temps plein et ne leur laisse pas une disponibilité bien grande pour y inclure une activité de recherche qui se surajouterait à leur quotidien. Il y a là une question de choix qui permet d'établir des priorités et de ne pas s'investir de manière incomplète ou insuffisante dans des activités trop diversifiées.

Rappelons-nous, cependant, que la fonction soignante est une fonction que par nature nous pouvons qualifier de « *chercheur* ». Nous pouvons la qualifier ainsi car il s'agit en chaque situation singulière de « *chercher ce qui convient* » aux personnes concernées par cette situation. Cette pratique de chercheur requiert des professionnels qui ont le désir et l'envie de se mettre en recherche et, dès lors, d'être en éveil pour tout ce qui peut nourrir cette dynamique. Il nous apparaît que l'activité de recherche et de développement au sein d'un service s'inscrit, dès lors, plus précisément dans cette « mise en recherche » et les fruits qu'elle produit. Il s'agit, néanmoins, de ne pas se tromper de cible et de ne pas confondre ce qui conduit certains métiers spécialisés exerçant en des lieux également spécialisés à *faire de la recherche* et d'autres, non moins spécialisés mais exerçant un métier différent, à *se mettre en recherche*.

Qu'est-ce que la recherche ?

Lorsqu'il est question de « *recherche* », nous sommes fréquemment confrontés à un malentendu lié à la compréhension même de ce qu'est et donc de ce

que n'est pas la recherche. Si ce malentendu n'est pas écarté, il conduit à des incompréhensions, à des attentes internes inadéquates ou encore à des démarches approximatives. La sérénité autant que la crédibilité ne peuvent être assurées en un tel contexte, les attentes des uns ne coïncidant pas avec les moyens et disponibilités des autres. La vigilance est ainsi requise pour la reconnaissance même des démarches entreprises et la valeur des travaux présentés.

Pour préciser ce qu'est la recherche, nous pouvons nous référer à deux définitions :

La recherche est un processus systématiquement et intentionnellement orienté et ajusté, en vue d'innover ou d'augmenter la connaissance dans un domaine donné¹.

La recherche est un chemin qu'on ouvre dans le partiellement connu, le mal connu, ou l'inconnu, pour en savoir plus et à plus ou moins long terme, pour se donner de meilleurs moyens d'actions².

Ces deux définitions permettent de distinguer deux expressions proches dans leur formulation, soit « *faire de la recherche* » et « *se mettre en recherche* ». Si ces deux expressions sont proches dans leur formulation, elles sont néanmoins distinctes dans leurs intentions : la première conduit à élaborer de la *nouvelle connaissance* alors que la seconde débouche sur l'*augmentation de ses propres connaissances* et, par extension, sur l'augmentation de sa compréhension d'un certain nombre de phénomènes, de situations ou de questions.

Pour relier ces deux expressions à des contextes professionnels et d'apprentissage, nous pouvons poser que « *faire de la recherche* » requiert une équipe de chercheurs car leur ambition sera d'élaborer, de « *fabriquer* » de la *connaissance* ; une telle ambition, pour atteindre de manière crédible son objectif, relève d'une structure ou unité spécialisée – par exemple un laboratoire universitaire – et demande des moyens et des chercheurs issus de différentes disciplines, des chercheurs formés et expérimentés. Un établissement hospitalier ou un institut de formation ne sont pas de tels lieux, sauf à disposer en leur sein d'un service spécialisé et de moyens humains et matériels appropriés à leur ambition.

L'expression « *se mettre en recherche* », quant à elle, indique que ceux qui se mettent ainsi en recherche souhaitent *voir un peu plus clair* dans une question qu'ils se posent, dans des situations qu'ils ambitionnent de clarifier en vue de mieux les comprendre. Cette quête de clarification peut s'exercer en tous lieux où des professionnels ou des étudiants sont conviés à une telle démarche. Se mettre en recherche concerne, par exemple, les

1 De Keteke J.-M., et Roegiers X., *Méthodologie du recueil d'informations*, Bruxelles, De Boeck Université, 1993.

2 Perrier J., « Qu'est-ce que la recherche et à quoi sert-elle dans le domaine des soins infirmiers ? », in *Revue de l'Association suisse des infirmières*, mars 1980.

étudiants à l'occasion de leur travail de fin d'études ou des professionnels en exercice qui souhaitent élever leur réflexion et leurs connaissances sur leurs pratiques.

L'on perçoit aisément que ces deux expressions ont leur utilité propre mais qu'elles ne poursuivent pas la même finalité et qu'elles ne requièrent pas les mêmes moyens. La confusion entre les deux finalités se doit d'être évitée pour ne pas attendre voire exiger ce qui ne peut être donné. Il est utile à cet effet de rappeler que *le métier de chercheur est de chercher alors que le métier des soignants est de soigner*. Si les structures ou unités spécialisées peuvent utilement intégrer des professionnels chercheurs qui consacrent tout ou partie de leur temps à faire de la recherche, les soins que requièrent quotidiennement les hommes et les femmes malades nécessitent des professionnels « de chevet » qui ne confondent pas leurs pratiques soignantes avec la pratique de ceux qui ont pour métier d'être chercheurs. Une telle confusion est dommageable aux malades comme on a parfois pu l'observer dans certains centres universitaires où des médecins chercheurs se sont, dans les faits, « déguisés » en cliniciens, le malade devenant ainsi leur objet de recherche sous couvert d'une pratique dite clinique. Cette confusion est dommageable aussi pour le travail et la collaboration d'équipe car *la posture de celui qui fait de la recherche n'est pas celle du soignant qui cherche en situation ce qui convient. La motivation de l'un n'est pas la motivation de l'autre car la cible de l'un n'est pas celle de l'autre*. Cette confusion est également dommageable pour la crédibilité même des travaux produits aux yeux, entre autres, de la communauté scientifique. Néanmoins, si le métier des soignants est de soigner et non de faire de la recherche pour produire de la connaissance, cela n'exclut nullement que ces professionnels qui quotidiennement donnent des soins aux malades ont besoin, pour affiner et nourrir leur pratique soignante et déployer la subtile intelligence du singulier qu'elle requiert, de *se mettre en recherche à partir de leur pratique du quotidien et des situations cliniques* qui la composent afin d'élever leurs réflexions mais également leurs connaissances en vue d'une meilleure compréhension et d'une pratique plus pertinente.

On le voit, *faire de la recherche* en vue de produire de la nouvelle connaissance n'équivaut pas à *se mettre en recherche* en vue de clarifier et d'enrichir sa pratique et la compréhension de celle-ci. Il n'y a bien sûr aucune incompatibilité à ce que des professionnels qui se mettent en recherche au sein d'une structure de soins contribuent, par leurs travaux, aux recherches entreprises par des équipes de chercheurs exerçant au sein de structures ou unités spécialisées, mais il ne peut y avoir confusion entre les deux démarches et les méthodes qu'elles nécessitent chacune car elles ne poursuivent pas la même finalité. Il est ainsi utile de se rappeler que le processus de professionnalisation ne réside pas dans la seule production de savoirs mais bien dans la capacité de les utiliser judicieusement en la situation concrète d'un humain singulier. Cela invite le professionnel à se rappeler sans cesse que s'il sait beaucoup de choses, il ne sait rien – ou si peu – de cet autre. Ce rappel ne se présente-t-il pas comme le meilleur antidote contre le risque d'arrogance ?

Ce dont il est question en se mettant en recherche à partir de la pratique soignante du quotidien c'est d'imprégner la pratique d'un « *esprit scientifique* ». Un tel esprit n'est pas celui de la preuve ou du calcul statistique et n'entretient aucun rapport avec l'arrogance que confère parfois l'éphémère certitude d'être un « *savant* ». Il ne suffit pas, par exemple, d'apprendre à utiliser des outils de recherche pour faire preuve d'un esprit scientifique. Une dynamique de l'esprit scientifique est une dynamique du questionnement et du sens critique. Une telle dynamique est celle que devrait favoriser l'accès des formations professionnelles à l'université. L'esprit scientifique des professionnels est ainsi également requis pour accompagner les stagiaires dans la découverte de leur futur métier.

Se former à la recherche au cœur des pratiques soignantes

L'objectif poursuivi par cette « *mise en recherche* » est celui d'accompagner les soignants dans leur souhait de *mieux se poser les questions qu'ils se posent* à partir de leur pratique quotidienne des soins. Le cadre de proximité occupe une place de choix pour les accompagner. Un tel accompagnement consiste à les aider à se familiariser avec l'esprit scientifique et à le développer en partant des interrogations que suscitent les situations cliniques qui ponctuent leur quotidien.

Aider les soignants dans une démarche de mise en recherche, c'est :

- les aider à formuler les questions qui se posent ou les ressentis parfois indicibles ;
- inscrire ces questionnements dans une pratique du débat, une culture de la délibération et du sens critique qui autorisent les « ruptures épistémologiques » ;
- leur faciliter l'accès à la littérature et aux travaux ou expériences qui permettent d'éclairer les questions ou ressentis formulés ;
- les accompagner dans l'écriture de leurs démarches de « mise en recherche » et la capacité de les nommer afin de partager leurs travaux avec leurs collègues de l'établissement mais également en vue de les publier dans des revues de référence ;
- les aider dans la présentation de leurs travaux lors de séminaires ou colloques en vue de disséminer et de soumettre aux regards d'autres professionnels les fruits de la clarification des questions qui ont été abordées.

Néanmoins, cette démarche qui accompagne la « *mise en recherche* » d'un groupe de soignants requiert deux préalables :

- tout d'abord celui de la précision quant à la nature même de la pratique soignante ; il s'agit de préciser ce que l'on entend par une telle pratique et, dès lors, de préciser la considération pour l'humain sur laquelle elle repose. Cette considération pour l'humain ne peut reposer sur quelques « *évidences* » et les déclarations d'intention qui en découlent car elle requiert une compréhension plus fine, plus subtile de la pratique des soins et du soin pour éviter

que ce qui semble « bien entendu » ne procède, dans les faits, d'un sérieux « mal entendu ». L'orientation qui sera donnée à la « *mise en recherche* » par des soignants qui souhaitent voir un peu plus clair dans les questions qu'ils se posent à partir de leurs pratiques du quotidien sera orientée par le regard même qu'ils posent sur les hommes et les femmes malades et donc sur les soins qu'ils sont quotidiennement amenés à leur donner ;

- ensuite, celui d'un apport de connaissances sur la recherche et ses différentes formes, son intérêt et ses limites, son vocabulaire, ses outils ou méthodes, ses réseaux, ses moyens.

La question du développement

Le développement conduit à deux types d'activités. En effet, développer possède le double sens d'« *ôter l'enveloppe* », ce qui permet de donner à voir ce que cette enveloppe contient ; et de « *faire grandir* » et, ainsi, de donner de l'ampleur ou de l'envergure.

Dans le contexte de la pratique quotidienne des soins, le développement nous semble ainsi particulièrement concerné par la capacité de « donner à voir » et, pour cela, d'œuvrer pour plus de visibilité. Donner plus de visibilité requiert, tout d'abord, d'identifier ce que l'on souhaite donner à voir de la pratique. Donner à voir des actes et des gestes de soins ne procède pas de la même intention, et donc de la même démarche, que celle qui consiste à essayer de donner de la visibilité à la subtilité et aux exigences diverses d'une pratique soucieuse de ce qui soucie l'humain, une pratique qui tente de mettre du soin dans les soins.

Si la visibilité des actes de soins est assez abondamment documentée, celle de la subtilité et des exigences du soin nécessite de s'y atteler. Or, c'est de la complexité dont il est question et une telle complexité ne se laisse pas emprisonner dans des grilles d'observation ou par des outils de mesure. La complexité du soin nécessite d'être explicitée, mise en lumière, et la seule manière, à nos yeux, d'y parvenir, est celle de la parole. Une parole qui s'élabore en vue de tenter de dire quelque chose non de ce qui se fait mais bien de ce qui se vit dans les situations singulières de soins, au cœur de la relation singulière de soin. Rappelons-nous que *ce qui n'est pas nommé n'existe pas et que ce qui est mal nommé est dénaturé*. Œuvrer à donner une visibilité moins réductrice de la pratique soignante passe ainsi par une activité de développement qui consiste à en affiner la capacité d'en parler, d'en dire quelque chose de subtil, de délicat pour ne pas réduire cette pratique aux seuls actes et gestes de toute nature qui la composent.

Se mettre en recherche pour développer la pratique

Se mettre en recherche pour voir un peu plus clair dans les questions que l'on se pose lorsque l'on exerce un métier qui tente de mettre du soin dans les soins requiert de s'intéresser à l'humain et à la singularité des situations. Une telle singularité ne se trouve pas aisément dans la littérature scientifique

dont l'objet, pour important et intéressant qu'il soit, réside davantage en un certain nombre de règles communes aux humains ou à une cohorte de ceux-ci. Aussi, rappelons-nous que la littérature qui exprime le mieux l'existence humaine et la singularité de ce qui s'y vit est la littérature romancière ainsi que les textes relatant des biographies. Une telle littérature peut sembler « ne pas faire sérieux », et pourtant, que d'enseignements ne peut-on en tirer ! L'historien Todorov décrit la naissance de cette littérature romancière et biographique qui, suite au siècle des Lumières, peut être qualifiée de genre nouveau. Il expose que :

Accepter que l'être humain soit la source de sa loi, c'est aussi l'accepter dans son entier, tel qu'il est et non tel qu'il devrait être. Or, il est corps et esprit, passion et raison, sensualité et méditation. Pour peu qu'on observe les hommes réels plutôt que de s'en tenir à une image abstraite et idéalisée, on s'aperçoit qu'ils sont, aussi, infiniment divers [...]. C'est ce que sauront dire, mieux que toute littérature savante, les genres nouveaux qui mettent l'individu au centre de leur attention : roman, d'une part, autobiographie de l'autre. Genres qui n'aspirent plus à révéler les lois éternelles des conduites humaines, ni le caractère exemplaire de chaque geste, mais qui montrent des hommes et des femmes singuliers, engagés dans des situations particulières.³

Observons que des moments de rencontres organisés en équipe pour échanger à partir d'une littérature qui dit quelque chose d'une vie singulière peuvent se présenter comme autant d'oasis de paix, de fontaines de vie. De tels moments permettent de nourrir une atmosphère apaisante ainsi qu'un esprit scientifique, celui qui conduit à ne pas émettre d'opinion sur une question, une situation que l'on ne comprend pas. De tels moments favorisent une dynamique de réflexion et accompagnent les soignants dans leur quête de ce qui est bien en chaque situation singulière. Ils contribuent à se rappeler que la pratique des soins n'est pas une pratique scientifique car elle concerne, chaque fois, un humain singulier et qu'il n'y a pas de science du singulier. De tels moments offrent au cadre de proximité une autre occasion d'exercer l'autorité qui est la sienne en aidant les professionnels à élever leurs réflexions.

3 Todorov T., *L'esprit des Lumières*, op. cit. p. 13.

Conclusion

Lorsqu'il est question de prendre soin de l'humain malade ou dépendant, de chercher à mettre du soin dans les soins que cet humain requiert, il devrait être question, également, de s'interroger en équipe sur la perspective donnée au prendre soin. En effet, il semble parfois aller de soi, telle une évidence, que prendre soin de l'humain – *lui porter une attention particulière* – s'inscrit nécessairement dans la perspective du bien de l'autre. On semble ainsi oublier ou négliger le fait que l'on peut porter une attention particulière à l'autre pour servir ses propres intérêts voire, en certaines circonstances, pour lui vouloir du mal.

Le prendre soin requiert, ainsi, de se donner quelques repères pour éviter qu'il ne dérive vers un horizon non désiré, vers une destination non souhaitable. Pour éviter cette dérive, le prendre soin de l'humain nécessite ainsi d'être ancré, d'être arrimé, d'une part, dans l'exigeante notion de respect et, d'autre part, dans la non moins exigeante perspective du bien de l'humain. Le respect n'est pas si simple que l'on croit et ne se résume pas à quelques principes ni à des déclarations générales car le respect convoque chacun à un effort, l'effort de regarder l'autre comme un humain sans le réduire au sentiment agréable ou désagréable que l'on éprouve pour lui. Il s'agit de l'effort qui conduit à essayer d'aller, comme on le peut, au-delà de la spontanéité de ses sentiments, de ses réactions. Effort de respect qui conduit le professionnel à « *ajuster sa paire de lunettes* » pour essayer de voir l'autre au-delà de ce qu'il donne à voir, à essayer de le voir en permanence tel un humain dans le concret de sa situation et malgré les caractéristiques de celles-ci. Rappelons-nous, ici, qu'il n'est point besoin d'être respecté par l'autre pour se vouloir respectueux de celui-ci, même s'il est plus agréable de se sentir respecté par celui que l'on tente de respecter.

Ce respect qui permet d'arrimer le prendre soin pour éviter qu'il ne dérive nous apparaît comme la condition pour ne pas négliger ou oublier la dignité de l'autre, dignité par laquelle nous lui reconnaissons explicitement la capacité de dire « *ma vie* », quel que soit son état. Ce respect se montre encore plus exigeant face à l'humain particulièrement affaibli par son état ou sa situation et pour lequel sa capacité personnelle d'interpeller les professionnels sur son inaltérable dignité pourrait être amoindrie.

Ensemble, respect et perspective du bien forment ce que nous nommons une *préoccupation d'éthique du quotidien*. Une telle éthique du quotidien qui sollicite la vigilance de chacun et de l'ensemble *ne va pas de soi* car elle convoque chacun dans ses manières d'être et de faire au sein même de sa pratique d'humain au contact d'autres humains.

C'est le souci d'une éthique du quotidien des soins qui indique, avec force, la nécessité d'un encadrement des équipes soignantes. Un encadrement de proximité pour entretenir une relation proximale avec les professionnels

et leur quête de ce qui est bien, leur quête de ce qui apporte un peu de bonheur à l'humain malade ou dépendant. C'est le souci d'une éthique concrète du quotidien et non une éthique de principe qui conduit à ne pas livrer les professionnels à eux-mêmes face à la complexité singulière des situations humaines, face à l'incertitude de qui est l'autre et aux hésitations voire difficultés qui peuvent en résulter.

La performance gestionnaire et organisationnelle a ses raisons légitimes de se préoccuper du quotidien des soins. Mais de telles raisons ne trouvent aucune justification crédible si elles n'intègrent pas de manière fondamentale et prioritaire la pertinence humaine de ce même quotidien. Un quotidien qui concerne tant les humains qui reçoivent des soins que ceux qui ont choisi pour métier d'en donner.

Dans son attachement passionné à la cité athénienne, sa démocratie, le sens du bien commun de ses habitants, l'élan qui était le leur pour réaliser une œuvre commune et l'atmosphère enchantée qui se dégage de leurs rapports humains, Jacqueline de Romilly nous le dit tout net : « Mais tout est vain si tout cela n'est pas réalisé en vue du bien [...] l'homme doit employer tous les moyens dont il dispose pour le bien ». Sophocle, nous dit-elle, « insuffle sa joie de voir l'homme au milieu de l'Univers et triomphant de tout »¹. Aujourd'hui, de nombreux interlocuteurs nous disent leur manque de confiance dans l'avenir, leur conviction que demain sera marqué par une banalisation voire une instrumentalisation plus grande de l'humain. Cette forme de pessimisme nous apparaît compréhensible, le contexte semble plus fréquemment marqué par la morosité que par l'enchantement. Néanmoins, cela ne devrait pas nous faire oublier que l'humain ne se laisse pas durablement malmené. L'humain n'accepte pas durablement de devoir se soumettre à une autorité qu'il ne comprend pas, à une autorité qu'il trouve injuste. L'humain finit ainsi toujours par revendiquer d'être respecté et de ne pas voir bafouée sa dignité. C'est parce que l'humain finit par triompher des entraves inutiles ou injustes qu'on lui impose que demain sera différent et nécessite d'être préparé dès à présent. C'est pour cette raison qu'il s'agit, dès aujourd'hui, de défendre des principes forts et pertinents avant même que de revendiquer des moyens. Ces derniers sont bien sûr nécessaires mais ne peuvent se substituer à la réflexion sur la finalité même de la pratique et à l'engagement que la prise en compte de la singularité de l'humain requiert.

Les métiers de la relation à l'humain se sentent aujourd'hui malmenés car ils vivent une mutation profonde, une mutation parfois douloureuse mais une mutation nécessaire et désirable qui devrait conduire les professionnels – *c'est notre souhait autant que notre conviction* – à pouvoir mettre plus de soin dans les soins et, ainsi, à pouvoir déployer leur intelligence du singulier. C'est pour cette raison qu'ils ont besoin et auront de plus en plus besoin d'être encadrés, accompagnés par un *cadre de santé de proximité dont le métier se situe, résolument, au cœur du soin*.

1 de Romilly J., *Actualité de la Démocratie athénienne*, op. cit., p.160

Bibliographie

Ouvrages

- Arendt H., Eichmann à Jérusalem – Rapport sur la banalité du mal, Gallimard, Paris, 1966.
- Arendt H., La condition de l'homme moderne, Pocket, Paris, 1994.
- Arendt H., Qu'est-ce que la politique ?, Seuil, Paris, 1995.
- Bachelard G., La formation de l'esprit scientifique, Vrin, Paris, 1983.
- Bachelard G., L'intuition de l'instant, Stock, Le Livre de Poche, Paris, 1992.
- Barbery M., L'élégance du hérisson, Gallimard, Paris, 2006.
- Barthes R., Journal de deuil, Seuil-Imec, Paris, 2009.
- Bergson H., Les deux sources de la morale et de la religion, PUF, Paris, 2008.
- Bernard C., Principes de médecine expérimentale, PUF, Paris, 1987.
- Berquin A., Les soins de santé entre standardisation et personnalisation, Seli Arslan, Paris, 2009.
- Bindé J., Où vont les valeurs ? – Entretiens du XXI^e siècle, Unesco-Albin Michel, Paris, 2004.
- Boch A.-L., Médecine technique, Médecine tragique, Seli Arslan, Paris, 2009.
- Bourret P., Les cadres de santé à l'hôpital, Seli Arslan, Paris, 2006.
- Brugère F., Le sexe de la sollicitude, Seuil, Paris, 2008.
- Cassiers L., Ni ange, Ni bête – Essai sur l'éthique de l'homme ordinaire, Cerf, Paris, 2010.
- Cheng F., Cinq méditations sur la beauté, Albin Michel, Paris, 2006.
- Cifali M., André A., Écrire l'expérience – Vers la reconnaissance des pratiques professionnelles, PUF, Paris, 2007.
- Coudray M.-A., Le cadre soignant en éveil, Seli Arslan, Paris, 2007.
- De Keteke J.-M., Roegiers X., « Méthodologie du recueil d'informations », De Boeck Université, Bruxelles, 1993.
- Delomel M.-A., La toilette dévoilée, Seli Arslan, Paris, 1999.
- de Romilly J., Actualité de la Démocratie athénienne, Bourin, Paris, 2006.
- Dominicé P., Waldvogel F., Dialogue sur la médecine de demain, PUF, Paris, 2009.
- Dupuis M., Gueibe R., Hesbeen W., (dir.) La banalisation de l'humain dans le système de soins, Seli Arslan, Paris, 2011.
- Froment A., Pour une rencontre soignante, Éditions des Archives contemporaines, Paris, 2001.
- Froment A., Médecine scientifique, médecine soignante, Éditions des Archives contemporaines, Paris, 2001.
- Gosset Th., Pour toute la saveur du monde, Le Grand Souffle, Paris, 2006.
- Groupe de Genève, Caloz-Tschopp M.-C., (Eds.), Hannah Arendt, la banalité du mal comme mal politique, vol. 2, L'Harmattan, Paris, 1998.
- Hees M., Le management à l'hôpital – Science, art, magie ?, Seli Arslan, Paris, 2010.
- Heidegger M., Qu'appelle-t-on penser ?, PUF, Paris, réédition 2007.
- Heidegger M., Sérénité (Questions III), Gallimard, Paris, 1966.
- Honoré B., Vers l'œuvre de formation. L'ouverture à l'existence, L'Harmattan, Paris, 1992.
- Honoré B., L'esprit du soin, Seli Arslan, Paris, à paraître en 2011
- Honoré B., Le soin en perspective – Au cœur d'un humanisme humanisant, Seli Arslan, Paris, 2009.
- Ionesco E., Rhinocéros, Gallimard, Paris, 1959.
- Laurand V., La politique stoïcienne, PUF, Paris, 2005.
- Lawler J., La face cachée des soins, Seli Arslan, Paris, 2002.
- Lebreton D., La saveur du Monde – Une anthropologie des sens, Métailié, Paris, 2006.

- Lebrun J.-P., De la maladie médicale, De Boeck, Bruxelles, 2003.
- Lebrun J.-P., Wénin A., Des lois pour être humain, Erès, Ramonville Saint-Agne, 2008.
- Lebrun J.-P., Un monde sans limite – Malaise dans la subjectivation, Erès, Ramonville Saint-Agne, 2009.
- Lecorps Ph., Paturet J.-B., Santé publique : du biopouvoir à la démocratie, Ed de l'ENSP, Rennes, 1999.
- Leloup J.-Y., Prendre soin de l'être, Albin Michel, Paris, 1999.
- Lhotellier A., Tenir conseil – Délibérer pour agir, Seli Arslan, Paris, 2001.
- Malherbe J.-F., Autonomie et prévention – Alcool, tabac, sida dans une société médicalisée, Artel-Fides, Montréal, 1994.
- Marcel G., La dignité humaine et ses assises existentielles, Aubier, Paris, 1964.
- Meyronin B., Ditandy Ch., Du management au marketing des services, Dunod, Paris, 2007.
- Pandelé S., (coord.) Accompagnement éthique de la personne en grande vulnérabilité, Seli Arslan, Paris, 2009.
- Pandelé S., La grande vulnérabilité – Esquisse d'une éthique de l'accompagnement, Seli Arslan, Paris, 2008.
- Popper K., La leçon de ce siècle, Ed. Anatolia, Paris, 1993.
- Ravez L., Tilmans-Cabiaux Ch., (Eds.), La médecine autrement ! Pour une éthique de la subjectivité médicale. Presses universitaires de Namur, Namur, 2011.
- Ricœur P., Idéologie et utopie, Seuil, Paris, 1997.
- Serres M., Biogée, Dialogues, Brest, 2010.
- Sœur Emmanuelle, Confessions d'une religieuse, Flammarion, Paris, 2008.
- Sournia J.-Ch., Histoire de la médecine et des médecins, Larousse, Paris, 1991.
- Stordeur S., D'Hoore W., (Dir.), Attractivité, fidélisation et qualité des soins, Lamarre, Paris, 2009.
- Svandra P., Éloge du soin – Une éthique au cœur de la vie, Seli Arslan, Paris, 2009.
- Todorov T., La signature humaine, Essais 1983-2008, Seuil, Paris, 2009.
- Todorov T., L'esprit des Lumières, Robert Laffont, Paris, 2006.
- Todorov T., Le jardin imparfait – La pensée humaniste en France, Grasset, Paris, 1998.
- Valéry P., Politique organo-psychique, Gallimard, Paris, 1957.
- Wenner M., L'engagement professionnel infirmier, Seli Arslan, Paris, 2010.
- Articles et documents**
- Bouchaut-Rolnin M.-E., L'éthique de management – Une des clés de réussite pour la qualité des soins à l'hôpital, in : Gestions hospitalières, février 2007, pp.103-110.
- Canguilhem G., L'idée de médecine expérimentale selon Claude Bernard, in : Etudes d'histoire et de philosophie des sciences, Paris, Vrin, 1968.
- Chapiron R., Management participatif : réflexion sur une pratique, Communication au colloque « Management participatif – Mythe ou réalité », Institut de formation des cadres de santé (IFCS), Centre psychothérapeutique de Laxou, France, 6 mai 1998.
- Croyère N., Bien faire ensemble dans l'ordinaire de la vie du sujet âgé en institution – Une manière de résister à la banalisation de l'humain, in : Perspective soignante, décembre 2010.
- Dufrénoy B., La santé au travail : quelles perspectives éthiques ?, in : Perspective soignante, décembre 2010, pp. 122-129.
- Dupuis M., Éthique et morale dans les métiers de service, in : Perspective soignante, avril 2009, pp. 6-29.
- Fryns G., L'être humain : « objet » de programmation ou « sujet » de soin ?, in : Perspective soignante, décembre 2009, pp. 7-22.

- Geoffroy M., Voyage du médecin. Petites histoires subjectives et nostalgiques de la médecine au XX^e siècle, in : *Perspective soignante*, décembre 2010, pp. 81-121.
- Gueibe R., L'interrogation des paradigmes dans le soin, une exigence éthique, in : *Perspective soignante*, décembre 2008, pp. 6-30.
- Guittard E., La danse sociale, conférence au Forum Senior, Montreux (Suisse), 24 avril 1999.
- Hees M., La motivation : leurre et source de souffrance, in : *Prendre soin dans le monde – contribuer à un univers plus soignant*, ouvrage collectif sous la direction de Walter Hesbeen. Seli Arslan, Paris, 2000, pp. 25-39.
- Jollien A., Éloge de l'abandon, in : *La Vie*, Paris, 26 août 2010, pp. 9-11.
- Kristeva J., interview donnée à l'occasion du prix Hannah Arendt qui lui fut décerné en 2006, in : *Libération*, 28 et 29 avril 2007.
- Lefèvre C., Peut-il seulement y avoir de bons médecins ? – La relation médecin-malade selon Georges Canguilhem, in : *Perspective soignante*, décembre 2010, pp. 6-30.
- Lhotellier A., Le service à la personne, in : *Perspective soignante*, décembre 1998, pp. 8-20.
- Maisons Honoré L., Existe-t-il un lien entre soin et management ?, in : *Perspective soignante*, septembre 1998, pp. 30-55.
- Perrier J., Qu'est-ce que la recherche et à quoi sert-elle dans le domaine des soins infirmiers ?, in : *Revue de l'Association suisse des infirmières*, mars 1980.
- Pietrac E., Les nouvelles orientations des ressources humaines, in *Les Échos*, 16 et 17 mai 2008.
- Veil S., Éditorial, in : *Gestions Hospitalières*, février-mars 1975, pp. 118-119.
- Touraine A., Comprendre le monde d'aujourd'hui, conférence donnée à Bruxelles, le 16 janvier 2006 ; transcription par Christine RENOUPREZ, p. 9 – cité par Gerta Fryns.
- Wicki M., L'action politique entre loi et faculté de juger : comment empêcher la « perte croissante du monde ? », in : *Groupe de Genève, Caloz-Tschopp M.-C., (Eds.), Hannah Arendt, la « banalité du mal » comme mal politique*, vol. 2, Ed. L'Harmattan, Paris, 1998, pp. 30-39.